



VNS Health EasyCare (HMO)

Un programa de Medicare Advantage

2025

MANUAL PARA LOS MIEMBROS: SU EVIDENCIA DE COBERTURA



Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud, y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de VNS Health EasyCare (HMO).

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - mar.), y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.). Esta llamada es gratuita.

Este plan, VNS Health EasyCare, es ofrecido por VNS Health Medicare (Planes de Salud de VNS Health). (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a VNS Health Medicare [Planes de Salud de VNS Health]. Cuando se usa “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a VNS Health EasyCare).

Este documento está disponible sin cargo en inglés y chino. Esta información está disponible de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio.

Los beneficios, las primas, los deducibles y los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Le enviaremos una notificación cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados acerca de cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima y el costo compartido de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento;
- Cómo puede comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H5549_2025 EasyCare EOC_C 10112024

Evidencia de cobertura de 2025**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	7
SECCIÓN 3 Material importante para miembros que recibirá	9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de VNS Health EasyCare	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	15
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	20
SECCIÓN 1 Contactos de VNS Health EasyCare (cómo contactarnos, incluido cómo comunicarse con su equipo de atención)	21
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	25
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	26
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad	27
SECCIÓN 5 Seguro Social	28
SECCIÓN 6 Medicaid	29
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	30
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios	34
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?	35
CAPÍTULO 3: <i>Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos</i>	36
SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	37
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red para obtener atención médica	39
SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	43

SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	46
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	47
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	50
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	51
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar a usted)</i>	53
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	54
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar a usted.....	56
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no cubre el plan?	112
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>	116
SECCIÓN 1	Introducción	117
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento recetado en una farmacia de la red de servicios o a través del servicio de pedido por correo del plan	118
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan	122
SECCIÓN 4	Hay restricciones con respecto a la cobertura de algunos medicamentos	125
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?	126
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	129
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	132
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	134
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	134
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	137

CAPÍTULO 6:	<i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D.....</i>	140
SECCIÓN 1	Introducción	141
SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que esté cuando obtiene el medicamento	144
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	145
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5.....	147
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.....	148
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.....	154
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene.....	154
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....</i>	157
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.....	158
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	161
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	162
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	163
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.....	164
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	182
CAPÍTULO 9:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	185
SECCIÓN 1	Introducción	186
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	187

SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema?	187
SECCIÓN 4	Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	188
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	192
SECCIÓN 6	Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	203
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto	217
SECCIÓN 8	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto	223
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	229
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	232
CAPÍTULO 10:	<i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	237
SECCIÓN 1	Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan.....	238
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	238
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	242
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos y sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan.....	243
SECCIÓN 5	VNS Health EasyCare debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones.....	243
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales.....</i>	245
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	246
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	246
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	248
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes.....</i>	249

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en VNS Health EasyCare, que es una HMO de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y ha elegido recibir la cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, VNS Health EasyCare. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores de este plan difieren de Original Medicare.

VNS Health EasyCare es un plan HMO de Medicare Advantage (las siglas en inglés “HMO” significan Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento *Evidencia de cobertura*?

Este documento sobre la *Evidencia de cobertura* indica cómo obtener atención médica y sus medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos recetados a su disposición como miembro de VNS Health EasyCare.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique tiempo a leer el documento *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que le confunde o le preocupa, póngase en contacto con su equipo de atención.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *VNS Health EasyCare* cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en VNS Health EasyCare, entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de VNS Health EasyCare después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar a VNS Health EasyCare cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Y viva en nuestra área de servicio geográfica (en la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, se describe el área de servicio). Se considera que las personas encarceladas no viven en el área geográfica de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Y sea ciudadano de los Estados Unidos o su permanencia en los Estados Unidos sea legal.

Sección 2.2	Esta es el área de servicio del plan VNS Health EasyCare
--------------------	---

VNS Health EasyCare está disponible solo para personas que viven dentro del área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de Nueva York: condados de Albany, Bronx, Erie (aprobación del DOH pendiente), Kings (Brooklyn), Monroe (aprobación del DOH pendiente), Nassau, Nueva York (Manhattan), Queens, Richmond (Staten Island), Rensselaer, Schenectady, Suffolk y Westchester.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con su equipo de atención para ver si contamos con algún plan en el área nueva. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.3	Ciudadano estadounidense o permanencia legal
--------------------	---

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o debe tener una permanencia legal en este país. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a VNS Health EasyCare si no reúne los requisitos para seguir siendo miembro con respecto a este punto. Si no cumple con este requisito, VNS Health EasyCare debe cancelar su inscripción.

SECCIÓN 3 Material importante para miembros que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red de servicios. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicare si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras es miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de VNS Health EasyCare, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o hacerse estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame a su equipo de atención de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 El Directorio de proveedores y farmacias

En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se enumeran nuestros proveedores de equipos médicos duraderos, farmacias y proveedores de la red actuales.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee usar. Para obtener información sobre cuándo puede utilizar las farmacias que no estén dentro de la red de servicios del plan, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Debe usar los proveedores de la red de servicios para obtener atención y servicios médicos. Si se va fuera sin la autorización adecuada, deberá pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son casos de emergencia, servicios de urgencia si la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que *VNS Health EasyCare* autoriza acudir a proveedores fuera de la red.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una (electrónica o impresa) a su equipo de atención. Las solicitudes de copias impresas del *Directorio de proveedores y farmacias* se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles. Puede solicitarle a su equipo de atención más información sobre los proveedores de la red de servicios, incluso sus calificaciones.

Siempre encontrará una copia actualizada del *Directorio de proveedores y farmacias 2025* en nuestra página web en www.vnsnychoice.org/providers.

Sección 3.3	La Lista de medicamentos cubiertos (<i>Formulario</i>) del plan
--------------------	--

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviarla. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluidos en VNS Health EasyCare. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de VNS Health EasyCare.

En la Lista de medicamentos, se le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar la página web del plan (vnshealthplans.org/formulary) o llamar a su Equipo de atención.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de VNS Health EasyCare

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto mensual ajustado relacionado con el ingreso (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor.

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Estos incluyen programas de “Ayuda adicional” y Programa estatal de asistencia farmacéutica. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre estos programas. Si cumple con los requisitos, la inscripción en los programas podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya* está *inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta *Evidencia de cobertura* puede no aplicarse a su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” con el fin de pagar los medicamentos recetados), también conocida como Low Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por ingresos bajos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con su Equipo de atención y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise la sección titulada Costos de Medicare para 2025 de su copia del manual *Medicare & You 2025* (Medicare y usted 2025). Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2025, la prima mensual de VNS Health EasyCare es de \$25.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Además de pagar la prima mensual del plan, debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D o cualquier otra cobertura acreditable para medicamentos recetados. La “cobertura acreditable de medicamentos con receta” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura para medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. Cuando se inscribe por primera vez en VNS Health EasyCare, se le informa el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

No deberá pagarla en los siguientes casos:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de salud de veteranos (VA). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura de medicamentos recetados “acreditable” que se espera que pague el mismo monto que la cobertura estándar para el plan de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes no son una cobertura de medicamentos recetados acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratis y páginas web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- Si permaneció 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2024, el monto promedio de la prima es de \$36.78.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y, luego, redondeado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por \$36.78, lo que es igual a \$5.10. Esto se redondea en \$41.90. Esta suma se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, es posible que se cancele su inscripción debido al incumplimiento con el pago de sus primas del plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso
--

Algunos miembros posiblemente deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace dos años. Si este monto está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura

de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, póngase en contacto con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si está participando en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, pagará cada mes la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de su plan de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual contempla lo que debe por los medicamentos recetados que recibe, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes del año.

La Sección 7 del Capítulo 2 brinda más información sobre el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen dos (2) formas de pagar la prima del plan.

Opción 1: Pagar con cheque o giro postal.

Todos los meses, recibirá un estado de cuenta de *VNS Health EasyCare* que indicará la prima y la multa por inscripción tardía que le corresponde al plan. Su pago tiene vencimiento mensual y se debe recibir el primer día del mes. El cheque debe librarse pagadero a *VNS Health EasyCare*.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Pague las primas de su plan con cheque o mediante giro postal a la siguiente dirección:

VNS Health Health Plans
PO Box 29136
New York, NY 10087-9136

Se aplicarán los cargos correspondientes por cheque devuelto.

Opción 2: Puede pedir que la prima del plan VNS Health EasyCare se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.**Cómo cambiar la forma en que paga la prima de su plan.**

Si decide cambiar la opción de pago de la prima del plan, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a su Equipo de atención.

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con su equipo de atención para ver si podemos referirle a programas que le ayuden con los costos.

Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?
--

No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año. Si un miembro es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados, el programa de “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierda su elegibilidad durante el año deberá comenzar

a pagar la prima mensual en su totalidad. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan incluido su Proveedor de atención primaria/Grupo médico/IPA.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red de servicios del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido para usted.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en una residencia de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red de servicios.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No se requiere que le informe al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cualquiera de esta información cambia, comuníquese con su Equipo de atención para informarnos sobre esto.

También es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a su equipo de atención. Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura médica grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, la decisión sobre quién paga primero se basa en su edad, la cantidad de personas empleadas por el empleador y si tiene Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años y sufre alguna discapacidad, y usted o un miembro de su familia se encuentran aún trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos es un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho se encuentran aún trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos es un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de VNS Health EasyCare (cómo contactarnos, incluido cómo comunicarse con su equipo de atención)

Cómo puede ponerse en contacto con el Equipo de atención de su plan

Para obtener ayuda con los reclamos, la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame al Equipo de atención de VNS Health EasyCare Plus o escríbale. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Equipo de atención: información de contacto
LLAME AL	1-866-783-1444 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - mar.), y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.) El Equipo de atención también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - mar.), y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.)
ESCRIBA A	VNS Health Health Plans - Care Team 220 East 42nd Street New York, NY 10017
PÁGINA WEB	vnshealthplans.org
CUENTA EN LÍNEA	vnshealthplans.org/account Una manera fácil y segura de enviarnos un mensaje en cualquier momento y obtener información sobre su plan de salud. Disponible para los miembros el primer día de inscripción.

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto	
LLAME AL	Médico: 1-866-783-1444 (decisiones de cobertura y apelaciones) los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - mar.), y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.) Parte D: 1-888-672-7205 (decisiones de cobertura y apelaciones) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.	
TTY	711 (decisiones de cobertura y apelaciones) los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - mar.), y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.) Las llamadas a este número son gratuitas.	
ESCRIBA A	Médico: Decisiones de cobertura y apelaciones: VNS Health Health Plans - Medical Management 220 East 42nd Street New York, NY 10017	Parte D: Decisiones de cobertura y apelaciones: MedImpact Healthcare Systems, Inc. 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
PÁGINA WEB	vnshealthplans.org	

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja sobre el cuidado médico o los medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias o proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los cuidados médicos o medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-783-1444 los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - mar.), y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.) Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - mar.), y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.) Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	1-866-791-2213
ESCRIBA A	VNS Health Medicare Health Plans - Grievance & Appeals PO Box 445 Elmsford, NY 10523
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre VNS Health EasyCare directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si ha recibido una factura o pagado por servicios (como la factura de un proveedor) y cree que nosotros deberíamos pagar por eso, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
LLAME AL	1-866-783-1444, los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm (oct. – mar.) y de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm (abr. – set.). Las llamadas a estos números son gratuitas.
TTY	711 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	1-858-549-1569
ESCRIBA A	Médico: VNS Health Health Plans – Claims PO Box 4498 Scranton, PA 18505 Las solicitudes de pago de la Parte D (medicamentos recetados), incluido el formulario de Reembolso directo al miembro (DMR) y el recibo detallado pueden enviarse a esta dirección: MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 Claims@Medimpact.com

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
PÁGINA WEB	<u>www.medicare.gov</u> Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. La página web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
	• Buscador de planes de Medicare: Brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un valor <i>estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar la página web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre VNS Health EasyCare: • Infórmele a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre VNS Health EasyCare directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a que ingrese en el sitio web con su computadora. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en la página web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En el estado de Nueva York, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP).

El HIICAP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del HIICAP pueden ayudarle a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del HIICAP también pueden ayudarle con las preguntas o los problemas de Medicare, así como a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A LOS RECURSOS DE SHIP y a OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en LOCALIZADOR DE SHIP en medio de la página).
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	HIICAP: información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501
TTY	711
ESCRIBA A	Department for the Aging 2 Lafayette Street, 16th Floor New York, NY 10007-1391
PÁGINA WEB	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Esta es una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En el estado de Nueva York, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que Medicare les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con Livanta:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización para la mejora de la calidad del estado de Nueva York): información de contacto
LLAME AL	1-866-815-5440, de lunes a viernes, de 9 am a 5 pm Sábados, domingos y feriados: 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
PÁGINA WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y las personas con residencia legal permanente de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen de una enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para obtener Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción de Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare.

Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar a la Administración del Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por sus coberturas para medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que usted debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede ponerse en contacto con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
PÁGINA WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare,

como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que cumple con los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores con discapacidad calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con New York State Medicaid.

Método	New York State Medicaid: información de contacto
LLAME AL	1-800-541-2831
TTY	711
ESCRIBA A	New York State Department of Health Office of the Commissioner Empire State Plaza Corning Tower Albany, NY 12237
PÁGINA WEB	www.health.ny.gov

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si cumple con los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos recetados. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No será necesario que la solicite. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para saber si cumple con los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la Administración del Seguro Social, al 1-800-772-1213, entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (para obtener información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que cumple con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento recetado está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Si cree que reúne los requisitos para recibir ayuda adicional con sus medicamentos recetados, llame a su equipo de atención para recibir ayuda. Los CMS permiten que los miembros presenten uno de varios documentos, incluidos una copia de su tarjeta de Medicaid o un documento estatal que confirme su estado de Medicaid, a fin de mostrar como prueba que usted califica para recibir la “Ayuda adicional”. Su equipo de atención puede indicarle la información específica que tiene que enviarnos y dónde enviarla.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la

farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su equipo de atención.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar los medicamentos recetados, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero. En el estado de Nueva York, el programa asistencia farmacéutica es la Cobertura de seguro de farmacia para personas de edad avanzada (Elderly Pharmacy Insurance Coverage, EPIC). Consulte la información más abajo.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)? ¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por el ADAP, cumplen con los requisitos para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos recetados a través del programa de cuidado para personas sin seguro con VIH del estado de Nueva York.

Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de falta o insuficiencia de seguro. Si cambia de plan, notifique a su asistente local de inscripción en el ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) del estado de Nueva York al 1-800-542-2437.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad

económica, edad, afección o discapacidad. Cada estado tiene diferentes normas para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En el estado de Nueva York, el programa asistencia farmacéutica es la Cobertura de seguro de farmacia para personas de edad avanzada (Elderly Pharmacy Insurance Coverage, EPIC).

Método	EPIC: información de contacto
LLAME AL	1-800-332-3742
TTY	1-800-290-9138 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	EPIC PO Box 15018 Albany, NY 11212-5018
SITIO WEB	http://www.health.ny.gov/health_care/epic/index.htm

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.** La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) y Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), para aquellos que califican, es más conveniente que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para saber si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-866-783-1444 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - mar.), y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.) Su Equipo de atención también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. – mar.), y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.)
ESCRIBA A	VNS Health Health Plans - Care Team 220 East 42nd Street New York, NY 10017
PÁGINA WEB	vnshealthplans.org

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que le informe si se muda o si cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si oprime “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9.00 a. m. a 3.30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9.00 a. m. a 12.00 p. m. los miércoles. Si oprime “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automática de RRB HelpLine y a información grabada durante las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
PÁGINA WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato, o a su equipo de atención, si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los números de teléfono de su equipo de atención están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos?
--

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales sanitarios autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y su monto de costo compartido como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red de servicios nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta con un proveedor de la red de servicios, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos recetados se analizarán en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan
--

Al ser un plan de salud de Medicare, VNS Health EasyCare debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

VNS Health EasyCare cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluye en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red de servicios (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red de servicios del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una remisión. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia.
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red de servicios (un proveedor que no forme parte de la red de servicios de nuestro plan). Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios brindados. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red de servicios. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requieren que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que la brinden, puede recibirla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que paga habitualmente dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de recibir atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red de servicios. Para obtener más información sobre cómo conseguir una aprobación

para consultar con un médico fuera de la red de servicios, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido que paga al plan por la diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y se realiza la diálisis con un proveedor fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. No obstante, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red de servicios no está disponible temporalmente y usted elige recibir servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica
--

¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?

- **¿Qué es un PCP?**
El PCP es un profesional sanitario que cumple con los requisitos estatales y se encuentra calificado para brindarle atención médica básica. Obtendrá atención de rutina o básica por parte de su PCP. Su PCP también coordinará muchos de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. (Vea el Capítulo 12 para obtener una definición de Médico de atención primaria).
- **¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?**
Un PCP es un profesional de salud autorizado, ya sea un médico o un profesional de enfermería que usted elige para coordinar su atención médica.
- **¿Cuál es la función de un PCP en el plan *VNS Health EasyCare*?**
Su PCP proporcionará la mayoría de su atención y lo ayudará a arreglar o coordinar muchos de los servicios cubiertos que usted obtiene como miembro en *VNS Health EasyCare*. Esto puede incluir:
 - Radiografías.
 - Análisis de laboratorio.

- Terapias.
 - Atención de médicos que son especialistas.
 - Ingresos en el hospital.
 - Atención médica de seguimiento.
- **¿Cuál es la función de un PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?**

Como miembro de *VNS Health EasyCare*, su PCP coordinará muchos de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de un plan. La coordinación de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está yendo, y asegurarse de que los servicios satisfacen sus necesidades de salud específicas.

- **¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones o en la obtención de una autorización previa, si corresponde?**
El PCP participante que proporcione el servicio al miembro deberá realizar las solicitudes de los servicios que requieran una autorización previa. Las solicitudes se pueden hacer al comunicarse con el Departamento de Administración Médica de VNS Health al número de teléfono indicado en el Capítulo 2 de este documento.

¿Cómo elige al PCP?

En el momento de su inscripción en *VNS Health EasyCare*, debe elegir un PCP. El *Directorio de proveedores y farmacias* de *VNS Health EasyCare* incluye una lista de los PCP que están incluidos en la red de servicios de nuestro plan. La información con respecto a la elección de su PCP se incluye en nuestra solicitud de inscripción y la tarjeta de identificación que recibirá una vez que sea miembro de *VNS Health EasyCare*.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted deba buscar un nuevo PCP.

La elección de un PCP no lo limitará a un grupo específico de hospitales o especialistas. Puede utilizar cualquier especialista u hospital que participen en nuestra red de servicios.

Si debe cambiar de PCP, llame a su equipo de atención y realizaremos las comprobaciones necesarias para asegurarnos de que el médico acepte nuevos

pacientes. Su equipo de atención cambiará su registro de miembro a fin de mostrar el nombre de su nuevo PCP. Los cambios a su PCP entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud.

Su equipo de atención también le enviará una nueva tarjeta de identificación de miembro con el nombre de su nuevo PCP.

VNS Health EasyCare también le informará cuando su PCP deje de formar parte de la red de servicios y lo ayudará a elegir otro PCP, de manera que pueda continuar recibiendo los servicios cubiertos. Si se encuentra en tratamiento por una lesión o enfermedad específica, hable con su equipo de atención sobre la atención de transición. En algunos casos, es posible que pueda continuar recibiendo los servicios del médico que abandona la red de servicios de *VNS Health EasyCare* hasta que complete su tratamiento en curso actual.

Sección 2.2	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red
--------------------	---

El especialista es un médico que brinda servicios atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- Los PCP pueden remitir a especialistas u otros proveedores para tener una consulta con el miembro.
- Los proveedores pueden enviar una solicitud de PA (Autorización previa) a través del Portal de proveedores, fax, teléfono o correo electrónico. El plan toma la decisión de la PA. El proveedor, miembro o representante designado puede solicitar/obtener una PA.
- Los miembros pueden seguir el proceso fuera de la red cuando un proveedor dentro de la red no puede brindar el tratamiento específico que el miembro requiere o está fuera del área de servicio del miembro.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Si su médico o especialista deja de participar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red de servicios puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar uno nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si ha acudido en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si está realizando un tratamiento médico o una terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúe el tratamiento médicamente necesario o la terapia que está recibiendo, y trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto que sea médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero a un costo compartido equivalente al costo dentro de la red, si un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o es inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se debe obtener autorización del plan antes de recibir atención.
- Si se entera de que su médico o especialista dejarán el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de Calidad de la atención ante la QIO, un reclamo de calidad de la atención ante el plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.3 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Puede obtener servicios de proveedores fuera de la red en las siguientes situaciones:

- Se encuentra fuera del área y necesita diálisis.
- Necesita algún servicio especial que no está disponible desde uno de los proveedores dentro de la red.
- Usted tiene una emergencia o necesita atención de urgencia.

Excepto en casos de emergencia, debe obtener autorización de *VNS Health EasyCare*. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información o para coordinar servicios.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP. No es necesario que use un médico de la red de servicios. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, así como cobertura para atención de emergencia y urgencia en todo el mundo, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red de servicios.

- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona deben llamarnos para avisar sobre la atención de emergencia, por lo general, en un plazo de 48 horas. Llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - mar.), y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.) para que podamos ayudarlo.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la condición y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y coordinemos la atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red de servicios, trataremos que los proveedores de la red de servicios se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces puede ser difícil darse cuenta de si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red de servicios para obtener atención adicional.
- O bien, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios
--------------------	--

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata que no sea una emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si no es razonable dados su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con quienes el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los controles anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted está fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red de servicios no la pueden cubrir, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red de servicios. Se debe obtener autorización del plan antes de recibir atención. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red de servicios sin costo.

Si requiere atención de urgencia, llame a su médico de atención primaria (PCP). Si su PCP no está disponible, llame al plan para recibir más instrucciones.

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red de servicios, nuestro plan le cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red de servicios o fuera de la red de servicios, cuando los proveedores de la red de servicios no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias: Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red de servicios o fuera de la red de servicios, cuando los proveedores de la red de servicios no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre, visite la siguiente página web: vnshealthplans.org.

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener la atención de proveedores fuera de la red de servicios con un costo compartido dentro de la red de servicios. Si no puede usar una farmacia de la red de servicios durante un desastre, puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red de servicios. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de los costos compartidos de su plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

VNS Health EasyCare cubre todos los servicios médicamente necesarios que se indican en la *Tabla de beneficios médicos* del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red de servicios y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la

totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se alcance un límite de beneficio, los costos adicionales no se tendrán en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar a su equipo de atención.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?
--

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *estudio clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los datos del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con sus requisitos, y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos comunica que está en un ensayo clínico calificado, entonces usted es responsable solo del costo compartido dentro de la red de servicios por los servicios que se realizan en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red de servicios. Sin embargo, deberá proporcionarnos la documentación para demostrarnos cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo indique ni que el plan o el PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable, como un componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (NCD-CED) y exención de dispositivos de investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para los inscritos en Medicare Advantage le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué cosa?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe enviar documentación que muestre qué monto de costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

A continuación, le presentamos un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el examen, y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Entonces usted debería notificar al plan que recibió el servicio de un ensayo clínico calificado y enviar la documentación, como la factura de un proveedor, al plan. El plan le pagaría directamente a usted \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago del plan, debe enviar la documentación a su plan, como la factura de un proveedor.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio, incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica normalmente requiriese una sola tomografía.
- Los artículos y servicios habitualmente proporcionados por los patrocinadores de la investigación son gratuitos para cualquier inscrito en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica)*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es una instalación que brinda atención para una condición que normalmente se trataría en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que **no esté exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médico que **no estén exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médico *voluntarios y que no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico **exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* se consideran voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a servicios de atención para

pacientes hospitalizados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.

- Y debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, o su estadía no estará cubierta.

Se aplican límites en la cobertura de atención para pacientes hospitalizados en un hospital. Revise la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones eléctricos, muletas, suministros para pacientes diabéticos, dispositivos para generar el habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para uso en el hogar. El miembro siempre es dueño de ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, hablamos de otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de VNS Health EasyCare, generalmente no adquirirá la posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuántos copagos haya realizado por el artículo mientras era miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a su Equipo de atención de para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la posesión del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, deberá efectuar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para ser dueño del artículo. Los pagos efectuados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la posesión mientras estaba en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para tener la posesión del producto una vez que se una a Original Medicare de nuevo. Todos los pagos previos (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Reglas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, VNS Health EasyCare cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Entubado y accesorios relacionados con el oxígeno para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si abandona VNS Health EasyCare o médicamente ya no necesita equipos de oxígeno, estos deben devolverse.

¿Qué sucede si usted deja el plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los restantes 24 meses el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de cinco años puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En este momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, lo que le obliga a pagar el copago durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:
Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto y
lo que le corresponde pagar a usted)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de VNS Health EasyCare. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- Un **copago** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que cumplen con los requisitos para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de QMB o Medicaid a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos en virtud de la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025, este monto es de \$9,350.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Los montos que paga por los copagos y coseguros para los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si llega al monto máximo de \$9,350 que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de su plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro de VNS Health EasyCare, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldos**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red de servicios.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red de servicios, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red de servicios y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red de servicios solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para servicios de urgencia o emergencias).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red de servicios y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red de servicios solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión por una emergencia o cuando se trata de servicios de necesidad de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a su equipo de atención.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar a usted

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan
--

La Tabla de Beneficios Médicos de las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por VNS Health EasyCare y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. En el Capítulo 5 se brinda información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de la MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de la MA no puede requerir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red de servicios. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de atención de emergencia o de

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios brindados.

- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otros proveedores de la red de servicios obtienen aprobación por adelantado (esto suele denominarse *autorización previa*). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Además, los siguientes servicios no indicados en la Tabla de beneficios requieren autorización previa:
 - Ingresos en el hospital no participante y opcional, incluso ingresos de salud mental.
 - Todos los procedimientos que se consideran experimentales o de investigación y que Medicare los requiera como servicios cubiertos.
 - Todos los trasplantes y las evaluaciones para trasplantes.
 - Procedimientos reconstructivos que se pueden considerar estéticos.
 - Todas las remisiones a proveedores no participantes.
 - Las siguientes cirugías:
 - Cirugía bariátrica
 - Cirugía para cáncer de mama
 - Histerectomía
 - Cirugía que pueda considerarse estética
 - Procedimientos experimentales/de investigación
 - Ensayos clínicos
 - Servicios de enfermería domiciliaria
 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - Servicios fuera de la red (excepto en el caso de atención de emergencia).

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

menos. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2025* [Medicare y usted 2025]). Revíselo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. No obstante, si recibe tratamiento o se somete a un control debido a una condición médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha condición médica.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico de espalda baja * Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Están cubiertas hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare conforme a las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor crónico de espalda baja se define de la siguiente manera: • dura 12 semanas o más;	Copago de \$0 para cada visita cubierta por Medicare. Requiere autorización previa.*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para dolor crónico de espalda baja (continuación)* • no específico, ya que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.). • Aquel que no está asociado con una cirugía. • No asociado con embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. Se debe discontinuar el tratamiento si el paciente no mejora o experimenta un retroceso. Requisitos para proveedores: Los médicos (según la definición del artículo 1861[r][1] del Título de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura conforme a los requisitos estatales aplicables. Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (según la definición del artículo 1861(aa)(5) del Título de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales pertinentes y si tienen lo siguiente: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM) y	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para dolor crónico de espalda baja (continuación)* una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para realizar acupuntura en un estado, un territorio o una mancomunidad de los Estados Unidos (como Puerto Rico), o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (CFR) N.º 42.	
Acupuntura (beneficio de rutina) El beneficio incluye lo siguiente: 20 visitas al año	Copago de \$0 para cada visita de rutina.
Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Copago de \$250 copago para cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Copago de \$250 para cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. El costo compartido se aplica a cada viaje de ida. Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia de Medicare que no sean de emergencia.*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez por año del plan. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva “<i>Bienvenido a Medicare</i>”. No obstante, no es necesario haber realizado la visita “<i>Bienvenido a Medicare</i>” para estar cubierto para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. Adicionalmente, tiene derecho a un examen físico anual más completo. Hable con su Equipo de atención o su PCP para comprender mejor cuándo planificar este examen adicional.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las visitas anuales de bienestar.
 Medición de la masa ósea Para las personas que califiquen (en general, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca* Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplan con ciertas condiciones y cuenten con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga un copago de \$20 para cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de \$20 para cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Requiere autorización previa.*
 Visita para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de forma saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre un alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero de vagina, o si está en edad de procrear y tuvo un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación.	Copago de \$15 para cada visita quiropráctica cubierta por Medicare. Requiere autorización previa.*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tengan riesgo elevado, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tengan un riesgo elevado de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con riesgo elevado después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tengan un riesgo elevado después de que se haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes con riesgo elevado desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Prueba de sangre oculta en las heces fecales para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de riesgo elevado. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores basados en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de riesgo elevado. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no son de alto riesgo. Al menos una vez cada 48 meses después de la última prueba de detección de enema de bario o de sigmoidoscopia flexible.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico y está sujeta a un copago de \$200, cuando se realiza en un hospital ambulatorio, o a un copago de \$200, cuando se realiza en un centro independiente. Copago de \$0 para cada enema de bario cubierto por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección subsiguiente después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal en heces no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	
Servicios odontológicos* En general, los servicios odontológicos preventivos e integrales (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, en especial, cuando dicho servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales que se realizan como preparación para un tratamiento con radiación contra el cáncer y que afecta la mandíbula, o exámenes orales previos a un trasplante de riñón. El plan cubre hasta \$2,500 por año para servicios odontológicos integrales, preventivos y de diagnóstico que no sean de Medicare. Este monto se combina con el beneficio de servicios dentales integrales no cubierto por Medicare. No se aplica un deducible anual por categoría de servicio para los beneficios cubiertos por Medicare. Servicios dentales (incluidos, entre otros, exámenes de rutina, limpieza, radiografías, empastes, coronas, extracciones, conductos radiculares, dentaduras postizas, implantes y atención endodóntica). No necesita una remisión de su PCP para consultar con un odontólogo.	Copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare. Puede requerir autorización previa*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios odontológicos (continuación)* Además, cubrimos lo siguiente: Servicios odontológicos preventivos: • Exámenes orales ilimitados por año • Limpiezas ilimitadas por año • Tratamientos ilimitados con fluoruro por año • Radiografías ilimitadas cada año • 2 consultas por año para otros servicios odontológicos de diagnóstico	Monto máximo de cobertura del plan de \$2,500 por año para servicios dentales de diagnóstico y preventivos. Este monto se combina con el beneficio de servicios dentales integrales no cubierto por Medicare. Copago de \$0 por cada prueba odontológica preventiva. Copago de \$0 por cada limpieza. Copago de \$0 por cada tratamiento con flúor. Copago de \$0 por radiografías. Copago de \$0 para otros servicios de diagnóstico.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios odontológicos (continuación)* Servicios odontológicos integrales: • Servicios de restauración: 2 visitas cada año calendario • Servicios de prostodoncia removibles: 2 visitas cada año calendario • Servicios de implantes: 1 visita cada 3 años • Servicios de prostodoncia fija: 2 visitas cada año calendario • Servicios de cirugía oral y maxilofacial: 2 visitas cada año calendario	Monto máximo de cobertura del plan de \$2,500 por año para servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare. Esta cantidad se combina con el beneficio de servicios odontológicos de diagnóstico y preventivos. Copago de \$0 por servicios de restauración. Copago de \$0 por servicios de prostodoncia removibles. Copago de \$0 por servicios de implantes. Copago de \$0 por servicios de prostodoncia fijos. Copago de \$0 por servicios de cirugía oral y maxilofacial.
 Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una visita anual para la prueba de detección de depresión.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de diabetes (continuación) Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes* Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	20% del costo de los suministros de monitoreo de diabetes cubiertos por Medicare. 20% del costo de los zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por los servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare. Puede requerir autorización previa*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)* • Ascensia/Bayer Diabetes Care es la marca elegida por el plan para los suministros de pruebas y control de la diabetes cuando se obtienen en una farmacia minorista de la red. Todos los otros productos de marca requerirán aprobación del plan para la cobertura.	
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (Para una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y en el Capítulo 3, Sección 7 de este documento,). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generar el habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los equipos médicos duraderos que sean médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted.	20% del costo del equipo médico duradero cubierto por Medicare. Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del 20% de coseguro cada 36 meses. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Requiere autorización previa.*
Electrocardiograma después de la visita de “Bienvenida a Medicare” El electrocardiograma (ECG o EKG) es una prueba para registrar las señales eléctricas en el corazón.	Copago de \$0 por un electrocardiograma después de la visita de “Bienvenida a Medicare”.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios que se brindaron fuera de la red de servicios es el mismo que para tales servicios brindados dentro de la red. La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo. Consulte la fila Servicios de atención de urgencia y emergencia internacional para obtener más detalles.	Copago de \$110 para cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Copago de \$110 para cada visita a sala de emergencias en todo el mundo. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes hospitalizados después de haberse estabilizado su condición de emergencia, debe recibir la atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Mejora de los servicios de manejo de enfermedades Este beneficio puede proporcionarle apoyo adicional para cuidar de su salud.	Copago de \$0

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Mejora de los servicios de manejo de enfermedades (continuación) Los miembros elegibles pueden participar para recibir un mejor manejo de enfermedades. Los servicios incluyen lo siguiente: • Visitas a domicilio por parte de un enfermero para evaluar las necesidades de salud, sociales y de seguridad en el hogar • Asistencia para encontrar médicos y programar citas. • Asistencia para tomar los medicamentos de la forma correcta • Conexiones con los recursos de la comunidad	
Beneficio de acondicionamiento físico Usted tiene cobertura por una membresía al club de salud con SilverSneakers®. Esto incluye clases grupales de ejercicio en las instalaciones del club de salud participantes y en línea. Este programa de membresías para estado físico está diseñado para beneficiarios de Medicare. Para obtener más información sobre este beneficio, puede visitar el sitio web silversneakers.com o llame sin cargo al 1-888-423-4632 (TTY:711), de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm.	Copago de \$0 para el beneficio de acondicionamiento físico.
 Programas educativos sobre salud y bienestar Los beneficios incluyen lo siguiente: • Materiales educativos impresos sobre la salud • Incluye opciones de acondicionamiento físico presenciales y virtuales, como clases que se adaptan a todos los niveles de acondicionamiento físico y agudeza.	Copago de \$0.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) Tecnologías de acceso remoto (incluidas las tecnologías basadas en la web/teléfono y la línea directa de enfermería) Línea de asistencia telefónica de enfermería, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al 1-866-783-1444 (TTY:711)	
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios, cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Los beneficios adicionales incluyen lo siguiente: - Exámenes auditivos de rutina: 1 examen al año - Adaptación y evaluación de audífonos: 2 visitas cada 3 años - Audífonos recetados, todos los tipos: 2 audífonos cada 3 años - Audífonos OTC: audífonos ilimitados	Copago de \$0 para cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio. Copago de \$0 para cada examen auditivo de rutina. Copago de \$0 para cada visita de ajuste/evaluación de audífonos. Monto máximo de cobertura del plan de \$750 cada 3 años (por oído) para audífonos recetados. Copago de \$0 para audífonos recetados, de todos los tipos. Copago de \$0 para audífonos de venta libre.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para realizar pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio* Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	Copago de \$0 por los servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare. Puede requerir autorización previa*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión en el hogar* La terapia de infusión en el hogar implica la administración subcutánea o intravenosa de medicamentos o agentes biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen medicamentos (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación para pacientes que, de otra manera, no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	Copago de \$0 para los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare. Requiere autorización previa* Algunos medicamentos de la Parte B pueden requerir autorización previa*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidados en centros para enfermos terminales Usted será elegible para el beneficio de centro para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro para enfermos terminales le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización Medicare Advantage (MA) posee, controla o en los que tiene un interés financiero. El médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención médica a domicilio. Cuando es ingresado en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; Si eligió permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. <u>Para los servicios en un centro para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un centro para enfermos terminales y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de centro para enfermos terminales, su proveedor del centro para enfermos terminales facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.	Cuando se inscribe en un programa de un centro para enfermos terminales certificado por Medicare, los servicios del centro para enfermos terminales y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Original Medicare, y no VNS Health EasyCare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidados para enfermos terminales (continuación) <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal:</u> Si usted necesita servicios que no sean de emergencia o de urgencia que estén cubiertos conforme a la Parte A o Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, sus costos por estos servicios dependerán de si utiliza o no un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay un requisito de obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, usted pagará el monto correspondiente a los costos compartidos de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red de servicios, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). <u>Para los servicios cubiertos por VNS Health EasyCare, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> VNS Health EasyCare seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> Si <u>estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de hospicio</u>, usted paga el costo compartido. <u>Si están relacionados con su afección de hospicio terminal</u>, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidados para enfermos terminales (continuación) Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?</i>). Nota: Si necesita cuidados que no sean para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debería contactarnos para coordinar los servicios.	
 Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si es médicamente necesario. • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D. Consulte la Sección 9 del Capítulo 6 para obtener información adicional.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes hospitalizados* Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes hospitalizados, servicios hospitalarios de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. Los servicios de atención para pacientes hospitalizados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa en el hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente hospitalizado. Usted tiene cobertura de días ilimitados por período de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias	Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare, usted paga: • Días 1-5: copago de \$400 por día de cada período de beneficios. • Días 6-90: copago de \$0 por día de cada período de beneficios. • Para los días adicionales después de alcanzar el límite de beneficios cubiertos por Medicare, usted paga un copago de \$0 para los días 91 y posteriores.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes hospitalizados (continuación)* - En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la evaluación de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicios. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red de servicios están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir recibir sus servicios de trasplante localmente, siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si VNS Health EasyCare ofrece servicios de trasplante en un centro fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este centro remoto, haremos los arreglos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. - Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. - Servicios de médicos.	No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener. Un “período de beneficios” comienza el día en que usted ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada. Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de servicios de enfermería especializada. Si usted ingresa al hospital después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Puede requerir autorización previa.* Si recibe atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red de servicios una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red de servicios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes hospitalizados (continuación)* Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor deberá redactar la orden de admisión hospitalaria formal. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada ¿Está hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!. La hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico* Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Usted recibe hasta 190 días de atención para pacientes internados en un hospital psiquiátrico cubierto por Medicare de por vida. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.	Para las estadías de atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare, usted paga: - Días 1-5: copago de \$300 por día de cada período de beneficios. - Días 6-90: copago de \$0 por día de

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)* • Los beneficiarios de Medicare solo pueden recibir un límite de por vida de 190 días de servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico. • Los servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico se tienen en cuenta para el límite de por vida de 190 días únicamente si se reúnen ciertas condiciones. • El límite de 190 días no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que se brindan en un hospital general. • Nuestro plan también cubre 60 días de reserva de por vida. Estos son días adicionales que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. No obstante, una vez que haya agotado estos 60 días, su cobertura para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días por período de beneficios.	cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener. Un “período de beneficios” comienza el día en que usted ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada. Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de servicios de enfermería especializada. Si usted ingresa al hospital después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Puede requerir autorización previa*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente hospitalizado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de médicos. • Exámenes de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	Servicios de médicos. Consulte la fila <i>Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico.</i> Servicios diagnósticos y radiológicos, vendajes quirúrgicos y férulas Consulte la fila <i>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos.</i> Prótesis, aparatos ortopédicos y suministros médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios Consulte la fila <i>Dispositivos ortésicos y protésicos y suministros relacionados.</i> Servicios de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional Consulte la fila <i>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficio de comidas • El beneficio se puede usar inmediatamente después de una cirugía u hospitalización. • Puede usar este beneficio para que le entreguen las comidas en su hogar después de un alta hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos. • Tiene cobertura para un máximo de 28 comidas durante un período de 2 semanas después de una hospitalización, limitada a 3 hospitalizaciones por año.	Copago de \$0
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante cuando lo solicita el médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar el pedido todos los años si debe continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento en la salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y las estrategias de resolución de problemas que permiten sobreponerse a los desafíos de la pérdida de peso continua y de un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes ambulatorios o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que toma con el equipo médico duradero (como los nebulizadores) autorizados por el plan.	Copago de \$0 para los medicamentos con insulina de la Parte B de Medicare. El costo compartido para un suministro de un mes está limitado a \$35. No se aplican deducibles por categoría de servicio ni por nivel de plan. Copago de \$0 para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare. Copago de \$0 para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico acerca de las exploraciones y pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Trasplantes/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)	
• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos contra el cáncer oral disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que use como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago para ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea medicamento necesario, y anestésicos tópicos	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de enfermedades causadas por deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas bajo nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. En el Capítulo 5, se explica el beneficio para medicamentos recetados de la Parte D, incluso las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para medicamentos recetados. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.	
 Prueba de detección de obesidad y terapia para fomentar la pérdida de peso continua Si tiene un índice de masa corporal de más de 30, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la terapia y las pruebas de detección de obesidad preventivos.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan por trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios usados para tratar el OUD a través del Programa de tratamiento de opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • La Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó los medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas opioides. • Suministro y administración de esos medicamentos (si corresponde). • Asesoramiento para trastornos por abuso de sustancias • Terapia grupal e individual • Pruebas de toxicología. • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas	Copago de \$0 por los servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio.	Radiografías para pacientes ambulatorios Copago de \$15 para servicios cubiertos por Medicare. Servicios de radiología terapéutica 20% del costo de los servicios cubiertos por Medicare (como radioterapia para el cáncer).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación)* • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. - Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios.	Suministros médicos 20% del costo de los suministros cubiertos por Medicare. Servicios de laboratorio \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. Servicios de sangre \$0 de copago para servicios cubiertos por Medicare. Procedimientos y exámenes de diagnóstico Copago de \$50 para servicios cubiertos por Medicare. Servicios de radiología de diagnóstico Copago de \$110 para servicios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas). Requiere autorización previa.*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios para determinar si necesita ingresar como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios tengan cobertura, estos deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se suministran por orden de un médico u otra persona autorizada por una ley de licencia estatal o estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Está hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	Usted paga un copago de \$110 por estadía por los servicios de observación hospitalaria cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.	Servicios de emergencia Consulte la fila <i>Atención de emergencia.</i> Cirugía para pacientes externos Consulte las filas <i>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</i> Pruebas de laboratorio y de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos Consulte la fila <i>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos.</i> Atención de salud mental y hospitalización parcial Consulte las filas <i>Servicios de atención</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>¿Está hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	<i>de salud mental para pacientes ambulatorios y servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos.</i> Medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar Consulte la fila <i>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</i>
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, licenciado en consejería profesional (LPC), licenciado en terapia de pareja y familiar (LMFT), profesional en enfermería (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal correspondiente.	Copago de \$35 para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. Copago de \$35 para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra. Copago de \$0 para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios* (continuación)	Copago de \$0 para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra). Puede requerir autorización previa*
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	Copago de \$35 para cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de \$35 para cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare. Requiere autorización previa.*
Servicios para pacientes ambulatorios con trastornos por abuso de sustancias* La cobertura incluye servicios de tratamiento que se proporcionan en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital a pacientes que, por ejemplo, fueron dados de alta de una hospitalización para el tratamiento del abuso de drogas o que requieren tratamiento pero no requieren la disponibilidad e intensidad de los servicios que se encuentran solo en el entorno hospitalario para pacientes hospitalizados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas generalmente aplicables a la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.	Copago de \$35 para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. Copago de \$35 para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare. Puede requerir autorización previa*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios* Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor realice por escrito una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.	Por los servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga un copago de \$200. Por los servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, usted paga un copago de \$200. Puede requerir autorización previa*
Productos de venta libre El plan cubre una asignación de \$160 cada 3 meses para artículos de venta libre (OTC). Use su asignación para OTC para obtener artículos de salud. Los saldos restantes se trasladarán al final de cada mes y todas las asignaciones deben utilizarse antes del final del año calendario (12/31/2025).	Copago de \$0

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios* <i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, y es una alternativa a la hospitalización del paciente. <i>El servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Copago de \$0 por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare y servicios ambulatorios intensivos. Puede requerir autorización previa*
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas en el consultorio del médico* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. • Visitas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.	Copago de \$0 para consultas de atención primaria cubiertas por Medicare. Copago de \$35 para cada visita a un especialista cubierta por Medicare. Por cada consulta cubierta por Medicare con otros profesionales de la salud (como enfermeros practicantes y asistentes médicos),

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)* • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento con un médico o enfermero profesional. ○ Usted tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ Consulte los beneficios adicionales de telesalud para obtener más información. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en el hospital o de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: ○ Tiene una consulta presencial en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Las excepciones pueden hacerse al respecto en determinadas circunstancias	usted paga un copago de \$0. Para beneficios adicionales de telesalud, usted paga un copago de \$0 a \$200. Puede requerir autorización previa*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)* • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5-10 minutos <u>si</u>: ○ Usted no es un paciente nuevo. ○ El registro no está relacionado con una visita en el consultorio de los últimos 7 días. ○ El registro no deriva en una visita en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronta disponible. • Evaluación de video o imágenes que envía a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas <u>si</u>: ○ Usted no es un paciente nuevo. ○ La evaluación no está relacionada con una visita en el consultorio en los últimos 7 días. ○ La evaluación no deriva en una visita en el consultorio dentro de las 24 horas o en la cita más pronta disponible. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o registro médico electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad oncológica neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. Además de los beneficios cubiertos por Medicare mencionados anteriormente, este plan también cubre: • Cuidados de podología de rutina: 6 visitas al año	Copago de \$25 para cada visita de servicios de podología cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por cada visita de atención de podiatría de rutina.
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de más de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual. Copago de \$0 por un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Dispositivos ortésicos y protésicos y suministros relacionados* Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas; consulte Cuidado de visión más adelante en esta sección para obtener más detalles.	20% del costo de los dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare. 20% del costo de los suministros relativos cubiertos por Medicare. Puede requerir autorización previa*
Servicios de rehabilitación pulmonar* Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) de moderada a grave y tienen un pedido del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Usted paga un copago de \$20 por cada visita de servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Puede requerir autorización previa*
Tecnologías de acceso remoto Los miembros tienen acceso a una línea directa de enfermería que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Copago de \$0 para las visitas que utilizan el beneficio de la línea directa de enfermería.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para las personas que cumplen con los requisitos, se cubre una tomografía computada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses. Los miembros elegibles son: las personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de haber fumado al menos 20 paquetes de cigarrillos por año y que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que obtengan una orden escrita para una LDCT durante una consulta de orientación para pruebas de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas que cumple con los criterios de Medicare para esas consultas y que son proporcionadas por un médico o un profesional no médico calificado.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas ni por la LDCT cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) (continuación) <i>Para pruebas de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección de LDCT inicial:</i> el miembro debe obtener una orden para una prueba de detección de cáncer de pulmón mediante una LDCT que puede realizarse durante cualquier consulta adecuada a un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones cara a cara súper intensivas de consejería conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un médico de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios cubiertos por Medicare de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicio educativo sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipo y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.	Copago de \$0 por servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. 20% del costo de los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (Para ver la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces SNF). Usted tiene cobertura de 100 días por período de beneficios para estadías en SNF cubiertas por Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF.	No se requiere hospitalización antes del ingreso. Para las estadías en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga: • Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 de cada período de beneficios. • Copago de \$214 por día para los días 21 a 100 de cada período de beneficios. Requiere autorización previa.* Un “período de beneficios” comienza el día en que usted ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada. Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de servicios de enfermería especializada. Si usted ingresa al hospital

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)* • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red de servicios. No obstante, en determinadas circunstancias que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red de servicios por un centro que no sea proveedor de la red de servicios si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Una residencia de ancianos o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho viva en el momento que usted salga del hospital.	después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) (continuación) <u>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses. No obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.	
Terapia de ejercicio supervisada (SET)* La terapia de ejercicio supervisada está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración; comprender un programa de ejercicios o entrenamiento para PAD en pacientes con claudicación. • Ser llevado a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o el consultorio de un médico. • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios sean mayores que los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para la PAD.	Copago de \$20 para cada visita de SET cubierta por Medicare. Requiere autorización previa.*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de ejercicio supervisada (SET) (continuación)* • Estar bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte para la vida tanto básicas como avanzadas. La SET puede tener cobertura más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas y sumar 36 sesiones adicionales durante un período extendido si un proveedor de atención médica determina que es médicamente necesario.	
Servicios de transporte (de rutina)* El beneficio incluye lo siguiente: • 11 viajes de ida y vuelta cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan utilizando taxi, servicios de viaje compartido, autobús/metro, camioneta y transporte médico	Copago de \$0 por servicios de transporte de rutina. La cobertura del beneficio máximo del plan es de \$100 por viaje de ida y vuelta. Requiere autorización previa.*
Beneficios adicionales de telesalud* El beneficio incluye lo siguiente: Los servicios de telesalud de Medicare incluyen determinados servicios médicos o de salud suministrados por un proveedor elegible que no se encuentra en su ubicación, mediante el uso de un sistema interactivo de telecomunicaciones bidireccional (como audio y video en tiempo real).	Para beneficios adicionales de telesalud, usted paga un copago de \$0 a \$200. Puede requerir autorización previa.*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficios adicionales de telesalud (continuación)*	
Los servicios que se incluyen son los siguientes:	
• Servicios de urgencia • Servicios de atención médica a domicilio • Servicios de médicos de atención primaria • Servicios de terapia ocupacional • Servicios de médicos especialistas • Sesiones individuales para servicios de especialidad en salud mental • Sesiones grupales para servicios de especialidad en salud mental • Sesiones individuales para servicios de psiquiatría • Sesiones grupales para servicios de psiquiatría • Servicios de fisioterapia y de patologías del habla y el lenguaje • Servicios del programa de tratamiento con opioides • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Servicios del centro quirúrgico ambulatorio (ASC) • Sesiones individuales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios • Sesiones grupales de servicios por abuso de sustancias para pacientes externos • Servicios educativos sobre enfermedades renales • Capacitación para autocontrol de la diabetes	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata que no sea una emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si está dentro del área del plan, no es razonable dados su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con quienes tiene contratos el plan. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los controles anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted está fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente. La atención de urgencias está cubierta en todo el mundo. Consulte Servicios de atención de urgencia y emergencia internacional para obtener más detalles.	Copago de \$45 para cada visita cubierta por Medicare. Copago de \$45 para servicios de urgencia cubiertos por Medicare en todo el mundo.
 Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.	Atención de la vista cubierta por Medicare Copago de \$0 por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares. Copago de \$0 por una prueba anual de detección de glaucoma.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Cuidado de la vista (continuación) • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma se incluyen las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, Afroamericanos de 50 años o más, y estadounidenses de origen hispano de 65 años o más. • En el caso de las personas con diabetes, la prueba de detección para retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los beneficios adicionales incluyen lo siguiente: • Exámenes de la vista de rutina: 1 examen al año • Otros exámenes de la vista: 1 visita cada 2 años • Anteojos (lentes y marcos): 1 par por año • Lentes para anteojos: 1 par por año • Monturas de gafas: 1 par por año • Lentes de contacto: 1 par por año	Copago de \$0 por cada consulta de examen de la vista de rutina. Copago de \$0 para otras visitas de examen de la vista. Monto máximo de cobertura del plan de \$300 por año para todos los anteojos no cubiertos por Medicare. Copago de \$0 para anteojos de rutina. Copago de \$0 para lentes de rutina. Copago de \$0 para marcos de anteojos de rutina. Copago de \$0 para lentes de contacto de rutina. Un par de anteojos (marcos y lentes) o un par de lentes de contacto cada año, pero no ambos.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Visita preventiva de bienvenida a Medicare El plan cubre la visita preventiva única “<i>Bienvenido a Medicare</i>”. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas (o vacunas)) y referencias para otro tipo de atención si es necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, dígame a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.
Servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo El beneficio incluye lo siguiente: • Atención de emergencia • Servicios de atención de urgencia	Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$50,000 por año para el beneficio mundial. Usted paga un copago de \$110 para cada visita de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Copago de \$45 para cada visita de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que o no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en los casos específicos que se detallan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide tras la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Cirugía o procedimientos estéticos.		- Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. - Se cubren todas las fases de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Los productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	Sin cobertura en cualquier circunstancia	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Se cubren los zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y que se incluyen en el costo de la pierna. Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Habitación privada en un hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Atención de quiropráctica de rutina.		Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	Sin cobertura en cualquier circunstancia	• Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contactos) para personas después de una cirugía de cataratas. • Exámenes de la vista y anteojos de rutina
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios según las normas de Original Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	

CAPÍTULO 5:
*Cómo utilizar la cobertura del plan
para los medicamentos recetados de
la Parte D*

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le emita una receta por un medicamento que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en la lista de exclusiones o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red de servicios para obtener sus medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). O puede surtir su receta médica a través del servicio de pedido por correo del plan.
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos *Lista de medicamentos* para abreviarla). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento recetado en una farmacia de la red de servicios o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red de servicios

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos las recetas que obtiene en farmacias fuera de la red de servicios, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red de servicios es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red de servicios**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red de servicios, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestra página web (vnshealthplans.org/providers) o llamar a su Equipo de atención.

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red de servicios del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red de servicios. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de su Equipo de atención o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede visitar nuestra página web en vnshealthplans.org/providers para obtener más información.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**¿Y si necesita una farmacia especializada?**

Algunos medicamentos recetados deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un establecimiento de cuidado a largo plazo (LTC). Normalmente, un centro de LTC (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con su equipo de atención.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red de servicios.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* en vnshealthplans.org/providers o llame a su Equipo de atención.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de servicios del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo están en nuestra Lista de medicamentos como “NM”.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro para hasta 100 días**, excepto para medicamentos especializados. Los medicamentos del Nivel 5 de la Lista de medicamentos se consideran especializados.

Para recibir por correo los formularios de pedidos e información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, revise la información incluida en el kit de

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

bienvenida o llame a su Equipo de atención para solicitar una copia del formulario de pedido por correo. Si utiliza una farmacia de pedidos por correo que no se encuentra en la red de servicios del plan, su medicamento recetado no se cubrirá.

Por lo general, le entregarán el pedido de farmacia de pedido por correo en no más de 10 días. Sin embargo, a veces puede haber demoras. Si existiera una demora en la recepción de sus medicamentos recetados mediante el servicio de Pedido por correo, comuníquese con el Equipo de atención.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o detener el nuevo medicamento recetado.

Resurtido de recetas para pedido por correo. Para los resurtidos, póngase en contacto con su farmacia con 10 días de anticipación antes de que su receta actual se agote para asegurarse de que el próximo pedido sea enviado a tiempo.

Sección 2.	4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?
-------------------	---

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento pagando el monto de costos compartidos de pedidos por correo. En el *Directorio de proveedores y farmacias* en vnshealthplans.org/providers, se detallan las farmacias de nuestra red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Llame a su Equipo de atención de para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan?
--

En determinadas circunstancias, su medicamento recetado puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con el equipo de atención** para ver si hay alguna farmacia de la red de servicios cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red de servicios y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red de servicios.

Se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos recetados que obtenga en una farmacia fuera de la red de servicios:

- Un miembro no puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna dentro del área de servicio del plan porque no hay ninguna farmacia de la red disponible a una distancia razonable.
- Un medicamento de la Parte D despachado por una farmacia ubicada en una institución fuera de la red mientras el miembro se encuentra en la sala de emergencias.
- Un miembro, cuando está fuera del área de servicio, se enferma o se queda sin sus medicamentos y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Se receta un medicamento de la Parte D cubierto y el medicamento no está en el inventario regular de una farmacia de la red accesible.

En estos casos, **primero consulte con su Equipo de atención** para ver si hay alguna farmacia de la red de servicios cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red de servicios y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red de servicios.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red de servicios, deberá pagar el costo total (y no su costo compartido normal) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos
--

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la Lista de medicamentos para abreviarla.**

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento *ya sea*:

- Cuando está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- O bien, cuando es avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca que sea propiedad del fabricante de medicamentos. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando hablamos de medicamentos, podríamos hacer referencia a un medicamento o un producto biológico.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o los productos biológicos y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a su Equipo de atención. Para obtener más información sobre los medicamentos que no están cubiertos por Medicare, pero que son medicamentos de venta libre elegibles, consulte el Catálogo de OTC y comestibles aquí: vnshealthplans.org/otc-ecp. Para obtener una lista de los productos de OTC que están cubiertos a través del beneficio de farmacia, visite: vnshealthplans.org/formulary.

Lo que *no* se incluye en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Hay 6 niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (Nivel más bajo)
- Nivel 2: Medicamentos genéricos
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 5: Especialidad (Nivel más alto)
- Nivel 6: Medicamentos selectos

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6 (Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D), se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite la página web del plan (vnshealthplans.org/formulary). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al equipo de atención para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista.
4. Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (www.medimpact.com) del plan o llame a su equipo de atención. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que podrían tratar la misma condición.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

SECCIÓN 4 Hay restricciones con respecto a la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarles a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán realizar pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con el equipo de atención para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberán hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo con eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces, antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **terapia escalonada**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que usted puede recibir cada vez que obtiene su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Ejemplos:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?
--------------------	--

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son las siguientes opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan O debe tener ahora algún tipo de restricción.**

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 31 días. Si su receta está indicada para menos días, le permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo de 31 días de medicamento. El medicamento recetado debe obtenerse en una farmacia

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

de la red de servicios. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para miembros que han sido parte del plan durante más de 90 días, son residentes en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de emergencia de un medicamento particular o menos, si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional al suministro temporal que se indicó antes.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a su equipo de atención.

Durante el tiempo en el que está usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con su proveedor para determinar si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al equipo de atención para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Se le explicarán los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada de inmediato y con imparcialidad.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de modificar la Lista de medicamentos del plan.

Consulte el Capítulo 12 para obtener las definiciones de los tipos de medicamentos que se analizan en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?**Información sobre modificaciones en la cobertura para medicamentos**

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestra página web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. En esta sección se describen los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que le afecten durante el año actual del plan

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios inmediatamente en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de esta, transferirlo a otro nivel de costo compartido, agregar nuevas restricciones o ambos. La versión del medicamento que agreguemos será con las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Es posible que realicemos estos cambios de inmediato y le informemos más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos retirando o haciendo cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos con previo aviso**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de esta, transferirlo a otro nivel de costo compartido, agregar nuevas restricciones o ambos. La versión del medicamento que agreguemos tendrá el mismo nivel de costo compartido o uno menor y las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- **Retirar del mercado los medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que son retirados del mercado.**
 - A veces, un medicamento se puede considerar no seguro o se puede retirar del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos luego de hacer el cambio.
- **Realizar otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Una vez iniciado el año, podríamos realizar otras modificaciones que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos realizar cambios según las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a recetar sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectan durante este año del plan

Es posible que realicemos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año actual del plan son los siguientes:

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (excepto por el retiro del mercado, al reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista está disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año de plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos recetados que se excluyen. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si usted apela y se considera que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado en la etiqueta* de un medicamento cuando no es avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. Uso para una indicación no autorizada es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos utilizados para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas recetadas y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si está recibiendo “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de miembro

Para obtener su medicamento recetado, proporcione su información de miembro del plan, que puede encontrar en su tarjeta de miembro en la farmacia de la red de servicios que usted elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan por *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento recetado.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de membresía?

Si usted no tiene su información de membresía del plan en el momento de surtir su medicamento recetado, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción del plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire.** (Puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura descrita en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que el centro use, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* en vnshealthplans.org/providers para saber si la farmacia del centro de LTC o aquella que utiliza es parte de nuestra red de servicios. Si no forma parte, o si usted necesita más información o asistencia, comuníquese con el equipo de atención. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted reside en un centro LTC y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

Si actualmente tiene también otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados en relación con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de empleado o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que incluye una cobertura de medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable, ya que es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?
--------------------	--

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el centro porque no están relacionados con su enfermedad terminal y sus afecciones relacionadas, el profesional que receta o su proveedor de cuidados para enfermos terminales deben informar a nuestro plan que los medicamentos no están relacionados antes de que el plan pueda cubrirlos. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debe cubrir nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados para enfermos terminales o al profesional que receta que se aseguren de que tengamos la notificación de surtir su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que le den de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que están recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades no seguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen opioides recetados y otros medicamentos con frecuencia mal usados. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios proveedores o farmacias,

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus proveedores para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar junto con sus proveedores, decidimos que el uso de opioides o benzodiazepinas recetados puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinado(s) proveedor(es).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos recetados solo de un proveedor o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué personas que recetan o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirmará la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegándole alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se le aplicará nuestro Programa de administración de medicamentos (DMP) si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos, atención para el fin de la vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que incluye una lista recomendada de lo que debe hacer, que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto está tomando y cuándo y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre su lista recomendada de lo que debe hacer y la lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También mantenga actualizada su lista de medicamentos y téngala con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con su equipo de atención.

CAPÍTULO 6:
*Lo que le corresponde pagar por los
medicamentos recetados de la
Parte D*

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D**¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get “Extra Help” Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” con el fin de pagar los medicamentos recetados), también conocida como *Low Income Subsidy Rider o LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con su equipo de atención y solicite la Cláusula adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la demás documentación que explique la cobertura de medicamentos
--

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el término de un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos recetados y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos que se espera que pague de su bolsillo. También puede obtener la información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a su equipo de atención.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen distintos tipos de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina costo compartido; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.

Los costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa del deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como un miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Es importante quién paga, como en los siguientes casos:

- Si efectúa estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* como gastos que paga de su bolsillo si **otras personas u organizaciones** los efectúan en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, por un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE o el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado un total de \$2,000 en costos que paga de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que debe pagar de su bolsillo.

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red de servicios que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red de servicios.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por las Parte A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos realizados por la Administración de salud de veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, compensación laboral).

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuentos para fabricantes

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, pagan parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando al equipo de atención.

Cómo se puede llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto llegue a \$2,000, este informe le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que esté cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de VNS Health EasyCare?

Hay tres **etapas de pago de los medicamentos** en su cobertura de medicamentos recetados en virtud de VNS Health EasyCare. El monto que paga depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento recetado o un resurtido. Puede ver los detalles de cada etapa en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa del deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (EOB de la Parte D)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha efectuado cuando reabastece o repite el surtido de sus medicamentos recetados en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se llama **costos que paga de su bolsillo**. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado para sus medicamentos mediante “Ayuda adicional” de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, programa de salud para la población india estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP). Los pagos de TRICARE no cuentan para los costos que paga el afiliado de su bolsillo (costos reales que paga de su bolsillo (TrOOP)).
- Llevamos un registro de los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si obtuvo uno o más medicamentos recetados mediante el plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La Explicación de cobertura (EOB) de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

- **Información sobre el precio de los medicamentos.** En esta información, se mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos en el precio desde que se obtiene el primer medicamento para cada reclamación de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta, si corresponde.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos
--------------------	---

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga medicamentos recetados.** Esto nos ayuda a asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos recetados que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red de servicios a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red de servicios u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a su Equipo de atención. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de los medicamentos de su cobertura para medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajar. Pagará un deducible anual de \$145 para los medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$145 por sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos recetados.

El plan tiene 6 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (Nivel más bajo)
- Nivel 2: Medicamentos genéricos
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos
 - Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos
 - Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5: Especialidad (Nivel más alto)
 - Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 6: Medicamentos selectos

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene de las siguientes farmacias:

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Una farmacia minorista de la red de servicios.
- Una farmacia que no está en la red de servicios del plan. Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red de servicios solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento recetado obtenido en una farmacia fuera de la red de servicios.
- Una farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	--

Durante la Etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

Como se muestra en el cuadro siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

A veces, el costo del medicamento es inferior al que paga su copago. En estos casos, usted paga el precio inferior por el medicamento en lugar del copago.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (LTC) (un suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido fuera de la red de servicios (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro hasta para 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$0	N/D	\$0	\$0
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$20	N/D	\$20	\$20
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	\$47	N/D	\$47	\$47
Nivel 4 de costo compartido Medicamentos de marca no preferidos	\$100	N/D	\$100	\$100
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de medicamentos especializados)	31%	31%	31%	31%

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (LTC) (un suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido fuera de la red de servicios (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro hasta para 30 días)
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos selectos)	\$0	N/D	\$0	\$0

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en ocasiones, a usted o a su médico les gustaría tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de repetición del surtido de diferentes medicamentos recetados.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar el suministro del mes completo.

- Si usted es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a *largo plazo* (para hasta 100 días)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe el suministro a largo plazo de un medicamento.

- A veces, el costo del medicamento es inferior al que paga su copago. En estos casos, usted paga el precio inferior por el medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo cuando recibe un suministro a *largo plazo* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 100 días)	Costo compartido de servicio de pedido por correo (suministro para hasta 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 100 días)	Costo compartido de servicio de pedido por correo (suministro para hasta 100 días)
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$60	\$60
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	\$141	\$141
Nivel 4 de costo compartido Medicamentos de marca no preferidos	\$300	\$300
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de medicamentos especializados)	<i>No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos del Nivel 5.</i>	
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos selectos)	\$0	\$0

No pagará más de \$70 por un suministro para hasta dos meses ni más de \$105 para hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 55 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos anuales que paga de su bolsillo alcancen los \$2,000

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de su bolsillo alcancen los \$2,000. Luego, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar un registro de cuánto usted, el plan y cualquier tercero ha gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2,000 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con su equipo de atención para obtener detalles de cobertura y costos compartidos sobre vacunas específicas.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura cubre el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura cubre el costo de **la administración de la vacuna**. (A veces se le denomina administración de la vacuna).

Sus costos de vacunas de la Parte D dependen de tres aspectos:

1. Si una organización llamada el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.

- La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el ACIP y no tienen costo para usted.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o brindada por el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de los medicamentos** en la que se encuentre.

- A veces, cuando obtiene una vacuna, debe pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo de administración del proveedor. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, solo pagará su parte del costo según el beneficio de la Parte D. Usted no pagará nada para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

A continuación, se incluyen tres ejemplos de maneras en que puede obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Usted no pagará nada para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarla.
- Nuestro plan paga el resto de los costos.

Situación 2: la vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre.
- Entonces podrá pedirle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se la administrarán.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted tendrá que pagarle a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, puede notar que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan, o recibir una factura de algún proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deberá cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o, posiblemente, por más de su parte del costo compartido, como se comentó en este documento. Primero, intente resolver el problema de facturación con el proveedor. Si eso no funciona, envíenosla en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red de servicios o no. En estos casos,

- Usted solamente es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red de servicios siempre deben facturar al plan directamente y pedirle solo su parte del costo. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, denominados facturación de saldos. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red de servicios cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red de servicios, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos la

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

documentación correspondiente, como los recibos y las facturas para administrar el reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos recetados

Si acude a una farmacia fuera de la red de servicios, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, deberá pagar el costo total de sus medicamentos recetados.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red de servicios en circunstancias limitadas. Para obtener una discusión de estas circunstancias, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo completo de un medicamento recetado porque no lleva consigo su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado para el medicamento recetado.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento recetado porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado para el medicamento recetado.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento, se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos mediante el envío de una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y los recibos para sus registros.

Para la Parte C (reclamos médicos) debe presentarnos el reclamo dentro de los 365 días o un año a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento. Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

VNS Health
Health Plans – Claims
PO Box 4498
Scranton, PA 18505

Para la Parte D (reclamos por medicamentos recetados), debe presentarnos el reclamo dentro de los 3 años a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento. Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108
Fax: 858-549-1569
Correo electrónico: Claims@Medimpact.com

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su petición y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de no cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explicarán las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan
------------------	--

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
--------------------	--

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. This document is available for free in Spanish and Chinese. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call your Care Team.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, please call to file a grievance with your Care Team at 1-866-783-1444 (TTY users call 711), 8 am to 8 pm, 7 days a week, (Oct. - March), and weekdays, 8 am - 8 pm (April - Sept.). You may also file a complaint with Medicare by calling

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights
1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Nosotros debemos brindarle información en una forma que funcione para usted (en idiomas diferentes al inglés, en braille, en letra legible u otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información en una forma que funcione para usted, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan posee personas y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas a miembros discapacitados y que no hablen el idioma inglés. Este documento también está disponible en idioma español y chino. También podemos darle información en braille, en letra legible u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información en una forma que funcione para usted, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Si tiene problemas para recibir información acerca de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja al Servicio de Atención al Miembro al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. Puede encontrar la información de contacto en esta Evidencia de cobertura o en esta correspondencia, o puede comunicarse con el Servicio de Atención al Miembro para obtener información adicional.

1.1 我們必須以適合您的方式提供信息（包括英語以外的其他語言、盲文、大號字體、或其他各式等）

如需我們以適合您的方式提供信息，請致電會員服務部（電話號碼印於本冊封底）。

我們的計劃配有專員及免費的翻譯服務，可回答殘障會員和不說英語的會員提出的問題。我們提供西班牙文和中文版書面資料。我們也可以盲文、大號字體印刷版或

您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們必須以方便您查閱及適合您的形式為您提供計劃福利的相關資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

如果您無法從我們的計劃獲得方便您查閱和適合您的計劃資訊的方式，請致電會員服務部 1-866-783-1444 每週七天，早上 8 點至晚上 8 點 (聽障人士請致電 711) 提出申訴。您亦可撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提交投訴，或直接向民權辦公室提出投訴。聯絡資訊包含在本承保範圍說明書或本郵件中，或您可聯絡會員服務部獲得其他資訊。

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de servicios del plan que brinde y coordine los servicios cubiertos.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red de servicios del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le hayan proporcionado *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados o a reabastecerlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red de servicios, sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y la información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.

- Usted tiene derechos relacionados con su información y la forma en que se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina **Notice of Privacy Practice (Aviso sobre prácticas de privacidad)**, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias indicadas a continuación, si nuestra intención es proporcionarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones por usted primero.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del Gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare publica su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no sea compartida.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al equipo de atención.

Aviso conjunto sobre prácticas de privacidad
ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Compromiso con la privacidad

VNS Health se compromete a proteger la privacidad y confidencialidad de su información de salud protegida (PHI). Como lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996, solo utilizaremos o divulgaremos su PHI como se describe en este Aviso.

¿Quién debe respetar este Aviso?

Este Aviso debe ser respetado por los proveedores de atención médica y los planes de salud que se enumeran a continuación:

**Visiting Nurse Service of New York
Home Care II**
(que opera como Atención médica
a domicilio de VNS Health)
New Partners, Inc.
(que opera como Cuidado personal
de VNS Health)
VNS CHOICE
(que opera como Planes de salud
de VNS Health)

**Visiting Nurse Service of New York
Hospice Care**
(que opera como Cuidados para
enfermos terminales de VNS Health)
Medical Care at Home, P. C.

VNS Health Behavioral Health, Inc.
(que opera como Salud conductual
de VNS Health)

Cada proveedor de atención médica y plan de salud indicado forma parte del Acuerdo organizado de atención médica (OHCA) de VNS Health (el OHCA de VNS Health, nosotros o nuestro). El OHCA de VNS Health se formó con el propósito principal de mejorar la calidad de nuestra atención. Como tal, los miembros del OHCA (incluidos sus empleados, socios comerciales y ciertos subcontratistas de servicios para trastornos por consumo de sustancias [SUD]) deben cumplir con este Aviso. Solo podemos usar o divulgar su PHI como se describe en este Aviso, a menos que nos dé permiso para hacerlo de otra manera por escrito, a la dirección que se proporciona a continuación.

Los miembros del OHCA de VNS Health también pueden usar y compartir entre sí su PHI para coordinar actividades operativas conjuntas, como el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Tenga en cuenta que este Aviso no modifica la condición legal ni corporativa de independiente de ningún miembro del OHCA de VNS Health, ni hace que los miembros del OHCA sean responsables de manera conjunta de la negligencia, los errores o las faltas de cualquier otro miembro del OHCA.

Cómo el OHCA de VNS Health usa y comparte su PHI

- 1. Usos y divulgaciones para operaciones de tratamiento, pago y atención médica.** Podemos usar y divulgar su PHI para brindarle atención o tratamiento, obtener el pago y llevar a cabo nuestras actividades de atención médica:
 - a. Tratamiento y administración de la atención.** Podemos usar y divulgar su PHI para facilitar la prestación, coordinación con otros proveedores o administración de los servicios, la atención y el tratamiento que le brindamos. Por ejemplo, (1) su médico clínico de VNS Health puede analizar su afección de salud con su médico para planificar los servicios clínicos que recibe en su hogar; o (2) también podemos dejar su PHI en su hogar para mantener informados a otros cuidadores sobre la información necesaria.
 - b. Pago.** Podemos usar y divulgar su PHI para nuestros propios fines de pago y para ayudar en las actividades de pago de otros proveedores de atención médica. Nuestras actividades de pago incluyen, entre otras, determinar su elegibilidad para beneficios y obtener el pago de otros aseguradores que pueden ser responsables de brindarle cobertura, incluidas las entidades federales y estatales.
 - c. Actividades de atención médica.** Podemos usar y divulgar su PHI para respaldar nuestras funciones, que incluyen, entre otras, la administración de la atención, actividades de mejora de la calidad, evaluación de nuestro propio rendimiento y resolución de cualquier reclamo o queja que usted tenga. También podemos usar y divulgar su PHI para ayudar a otros proveedores de servicios o de atención en la realización de operaciones de atención médica o al brindar servicios para SUD.

2. Otros usos y divulgaciones permitidos. También podemos utilizar y divulgar su PHI para los siguientes fines:

- a. Exigencias de la ley.** Podemos utilizar y divulgar su PHI según lo exijan las leyes estatales, federales y locales vigentes.
- b. Motivos relacionados con la salud pública o la seguridad.** Podemos divulgar su PHI a autoridades públicas u otras organizaciones que realicen actividades relacionadas con la salud pública, como informar sobre nacimientos, lesiones, discapacidades y muertes. Podemos divulgar su PHI a organismos públicos apropiados o (en algunos casos limitados) a organizaciones privadas de auxilio en caso de desastres para responder al bioterrorismo u otras amenazas similares a la salud o la seguridad pública, que incluyen, entre otras, la prevención o el control de enfermedades infecciosas o el tratamiento de problemas relacionados con productos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- c. Protección de víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica.** Podemos divulgar su PHI a una agencia gubernamental apropiada si creemos que es víctima de abuso, abandono o violencia doméstica, y si usted acepta que la divulguemos, o si la ley requiere o permite que sea divulgada. Le informaremos si divulgamos su PHI para este fin, a menos que consideremos que avisarle a usted o a su cuidador pondría a usted o a otra persona en riesgo de sufrir daños graves.
- d. Actividades para la supervisión de la salud.** Podemos divulgar su PHI a agencias federales o estatales de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y estudios de licencias.
- e. Procedimientos administrativos y judiciales.** Podemos estar obligados a divulgar su PHI en procedimientos judiciales o administrativos, o en respuesta a una orden judicial, citación u otro proceso judicial.

- f. Fines de cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su información de salud a una agencia encargada del cumplimiento de la ley para responder a la orden de un tribunal, una orden judicial, una citación o un proceso similar, para ayudar a identificar o ubicar a una persona sospechosa o perdida, para brindar información sobre la víctima de un delito, un fallecimiento que puede ser el resultado de una actividad delictiva o una conducta delictiva en nuestras instalaciones, o en situaciones de emergencia, para denunciar un delito, el lugar del delito o las víctimas, o la identidad, ubicación o descripción de la persona que lo cometió.
- g. Personas fallecidas.** Podemos divulgar su PHI a un médico forense, médico examinador o director fúnebre, según sea necesario y conforme a lo autorizado por la ley.
- h. Donaciones de órganos o tejidos.** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos y entidades similares con el propósito de ayudarles a obtener, almacenar o trasplantar órganos o tejidos.
- i. Investigación.** Podemos usar o divulgar su PHI con fines de investigación, como en estudios donde se comparan los beneficios de los tratamientos alternativos que reciben nuestros pacientes o en investigaciones sobre cómo mejorar nuestra atención. Usaremos o divulgaremos su PHI con fines de investigación solo con la aprobación de la Junta de Revisión Institucional (IRB). Cuando se lo requiera, obtendremos su autorización por escrito antes de usar su PHI para investigación.
- j. Funciones gubernamentales especializadas.** Podemos usar o divulgar su PHI para asistir con determinados tipos de actividades gubernamentales. Si es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o de un país extranjero, podemos divulgar su PHI a las autoridades militares apropiadas, según se considere necesario. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales para actividades de inteligencia o de seguridad nacional autorizadas por ley.
- k. Indemnización por accidentes laborales.** Podemos usar o divulgar su PHI según lo permitido por las leyes que rigen el programa de indemnización por accidentes laborales o programas similares que brindan beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

- l. Familiares y personas involucradas en su atención.** Podemos divulgar su PHI a un familiar, otro pariente o amigo cercano que lo ayudan a recibir los servicios de atención médica. Si está disponible, le daremos la oportunidad de objetar estas divulgaciones, y no las realizaremos si lo hace. Si no está disponible, determinaremos si una divulgación a su familia o amigos es lo mejor para usted, según las circunstancias y en función de nuestro criterio profesional.
- m. Usos y divulgaciones secundarios.** Algunas veces se producen divulgaciones y usos secundarios de su PHI y no se consideran una violación de sus derechos. Las divulgaciones y los usos secundarios de la PHI son consecuencias de usos y divulgaciones permitidos de otra forma que están limitados en naturaleza y no se pueden evitar razonablemente.

Protecciones de privacidad con respecto a la salud reproductiva

No podemos usar ni divulgar su PHI para ninguna de las siguientes actividades: (1) realizar una investigación penal, civil o administrativa o imponer una responsabilidad penal, civil o administrativa a cualquier persona por el mero acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva, cuando dicha atención médica sea legal en las circunstancias en las que se proporciona; o (2) identificar a una persona con el fin de realizar dicha investigación o imponer dicha responsabilidad.

Trastorno por consumo de sustancias y otra información médica confidencial

Cumplimos con las leyes que protegen la confidencialidad de los registros de pacientes con SUD y otra información médica altamente confidencial, incluida, entre otras, información relacionada con el VIH, información genética y notas de psicoterapia. Esta PHI confidencial solo se puede usar o divulgar de acuerdo con ciertas protecciones especiales de confidencialidad en virtud de la ley estatal y federal vigente. La divulgación de estos tipos de registros estará sujeta a estas protecciones especiales.

- 1. Organizaciones de servicios calificados.** VNS Health Behavioral Health puede divulgar su PHI a una Organización de servicios calificados (QSO) sin su consentimiento, según sea necesario, para que la QSO nos brinde servicios. Una QSO es cualquier individuo o entidad que nos brinda servicios y que tiene un acuerdo por escrito con nosotros donde se

reconoce que: (i) al recibir, almacenar, procesar o de otra manera tratar nuestros registros de los pacientes con SUD, rigen las leyes federales de confidencialidad; y (ii), si es necesario, se resistirá en los procedimientos judiciales cualquier esfuerzo para obtener acceso a los registros de SUD, excepto en la medida permitida por la ley.

- 2. Limitaciones al consentimiento para compartir registros/información de SUD.** Su consentimiento para compartir sus registros o información de SUD generalmente puede otorgarse para múltiples propósitos actuales y futuros. No obstante, la PHI sobre el tratamiento de SUD no puede usarse para iniciar, investigar o fundamentar acusaciones en su contra en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo llevado a cabo por una autoridad federal, estatal o local. Si un paciente con SUD consiente el uso de registros o información de SUD en un procedimiento legal, el consentimiento debe ser específico para ese procedimiento contra el paciente con SUD y no puede combinarse con otros formularios de consentimiento. Además, los registros de pacientes con SUD están protegidos por las leyes federales de confidencialidad y no se compartirán con otros miembros del OHCA, a menos que dicha divulgación esté permitida por la ley.

Cómo obtener su autorización para otros usos y divulgaciones de su PHI

Ciertos usos y divulgaciones de su PHI se harán solo con su autorización por escrito, incluidos los siguientes: (a) notas de psicoterapia (si corresponde); (b) para fines de marketing, y (c) que constituyan una venta de la información de salud conforme a la Norma de privacidad. No usaremos ni divulgaremos su PHI por cualquier motivo no especificado en este Aviso, a menos que obtengamos su autorización expresa por escrito o la autorización de su representante legal. Si nos da su autorización, usted puede revocarla en cualquier momento, en dicho caso ya no usaremos ni divulgaremos su PHI para el fin que la autorizó, excepto en la medida que nos hayamos basado en su autorización para brindarle su atención.

Comunicados sobre citas, información y servicios

Quizás nos comuniquemos con usted o su representante designado por correo electrónico, mensajes de texto o llamadas telefónicas con mensajes automatizados o pregrabados para recordarle sobre citas y visitas, brindarle encuestas de satisfacción para pacientes, boletines informativos y correos electrónicos de bienvenida al programa, o información sobre alternativas a un

tratamiento o demás servicios relacionados con la salud. La frecuencia de estos mensajes variará.

1. Derecho a cancelar. Tiene derecho a cancelar la recepción de llamadas y mensajes de texto siguiendo las instrucciones correspondientes que le proporcionaron para desuscribirse o anular la suscripción, mandando un mensaje de texto con la palabra “STOP” (Anular) o comunicándose con VNS Health o su proveedor tercero designado. Pueden aplicarse tarifas por datos y mensajes estándar. Si ya no desea recibir correos electrónicos, puede hacer clic en el hipervínculo “Unsubscribe” (Cancelar suscripción) que aparece en la parte inferior de cualquier correo electrónico que reciba de VNS Health y, luego, seguir las instrucciones para darse de baja del correo electrónico. Su autorización para recibir llamadas telefónicas, mensajes de texto o correos electrónicos no es una condición para obtener otros servicios de atención médica de VNS Health.

2. Seguridad. Tenga en cuenta que los comunicados transmitidos por correos electrónicos o mensajes de texto encriptados, o mediante una red abierta, pueden ser intrínsecamente inseguros, y no hay garantía de confidencialidad para la información que se comunica de esta forma. Además, los correos electrónicos y los mensajes de texto tienen riesgos de privacidad inherentes, en especial cuando el acceso a su computadora o dispositivo móvil no está protegido con una contraseña.

Recaudación de fondos

Como organización de atención médica sin fines de lucro, nuestra agencia matriz, VNS Health, puede identificarlo como paciente para fines de recaudación de fondos y marketing. Usted tiene derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones de recaudación de fondos comunicándose con nosotros a la dirección de correo electrónico o al número de teléfono que brindamos en la comunicación de recaudación de fondos, o completando y enviando por correo una tarjeta postal prepaga y preimpresa incluida en dicha comunicación.

Intercambio de información de salud

Participamos en los intercambios de información de salud (HIE) seguros y que cumplen con la HIPAA, como los que administran Healthix y Bronx RHIO. Los HIE ayudan a coordinar la atención de los pacientes de manera eficiente al

permitir que los proveedores de servicios o de atención médica que participan en su atención compartan información entre sí de una manera segura y oportuna. Si usted da su consentimiento, podemos usar, divulgar y acceder a su PHI a través de los HIE en los que participamos con fines de actividades de tratamiento, pago y atención médica. Tiene derecho a no participar en la divulgación de su PHI a un HIE o a través de este. Sin embargo, la información que se envía a un HIE o a través de este antes de procesar la no participación puede seguir siendo conservada por el HIE y ser accesible a través de este.

Sus derechos

En lo que respecta a su PHI, tiene ciertos derechos:

- 1. Derecho a inspeccionar y hacer copias.** Usted o su representante autorizado tiene derecho a inspeccionar o solicitar una copia de su PHI que conservamos. Las solicitudes deben enviarse al Departamento de registros médicos por correo electrónico a records.requests@vnshealth.org. Su solicitud debe describir la información que quiere revisar y el formato en el que desea revisarla. Si conservamos un registro de salud electrónico que contiene su información, usted tiene derecho a solicitar que le enviemos a usted, o a un tercero que usted identifique, una copia de su PHI en formato electrónico. En ciertos casos limitados, podemos negarnos a permitirle que inspeccione u obtenga copias de esta información. Podemos cobrarle un cargo razonable, basado en el costo, para generar sus registros. También podemos denegar una solicitud de acceso a la PHI en circunstancias determinadas ante la posibilidad de que se produzcan daños contra usted o terceros. Si denegamos una solicitud de acceso por este motivo, tiene derecho a que se revise nuestra denegación de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable, mediante la presentación de una solicitud de revisión ante el funcionario de privacidad de VNS Health.
- 2. Derecho a solicitar enmiendas.** Tiene derecho a solicitar cambios en cualquier PHI que conservamos sobre usted si establece el motivo por el que esta información es incorrecta o está incompleta. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe corregir o actualizar la información. Podemos denegar su solicitud en circunstancias determinadas y brindarle una explicación por escrito.
- 3. Derecho a un registro de las divulgaciones.** Tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su PHI. La

lista no incluirá divulgaciones realizadas para determinados propósitos que incluyen, entre otros, operaciones de tratamiento, pago y atención médica, o las divulgaciones que usted autorizó por escrito. Su solicitud debe especificar el período que abarca dicha petición, que no puede superar los seis años. La primera vez que solicite una lista de divulgaciones en cualquier período de 12 meses, se la brindaremos de manera gratuita. Si solicita listas adicionales durante el período de 12 meses, es posible que le cobremos un cargo nominal.

4. Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar restricciones en las formas en que usamos y divulgamos su PHI. Si bien evaluaremos con atención todas las solicitudes de restricciones adicionales, no tenemos la obligación de cumplir con su solicitud, salvo en el caso de las restricciones a los usos o divulgaciones a los efectos de realizar las operaciones de pago o atención médica cuando usted paga la factura “de su bolsillo” en su totalidad. Si aceptamos una restricción solicitada, no divulgaremos su PHI de acuerdo con la restricción acordada.

5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitarnos que le enviemos su PHI de manera diferente o a un lugar diferente. Su solicitud de una forma de comunicación alternativa también debe especificar dónde y cómo debemos comunicarnos con usted.

6. Derecho a revocar su consentimiento. Si nos da su autorización, usted puede revocarla en cualquier momento, en dicho caso ya no usaremos ni divulgaremos su PHI para el fin que la autorizó, excepto en la medida que nos hayamos basado en su autorización para brindarle su atención. Se debe enviar una revocación de la autorización al funcionario de privacidad de VNS Health a la dirección que aparece al final de este Aviso.

7. Derecho a una notificación de incumplimiento. Tiene derecho a recibir una notificación si hay una violación de su PHI no asegurada, que requiere notificación conforme a HIPAA.

8. Derecho a obtener una copia impresa o electrónica del Aviso. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento. Puede recibir una copia impresa de este Aviso si lo solicita por escrito al funcionario de privacidad de VNS Health. También puede imprimir una copia de este Aviso al visitar nuestra página web en www.vnshealth.org.

9. Derecho a elegir a alguien que actúe en su nombre. Si alguien es su representante de atención médica o tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su PHI.

10. Quejas. Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad o seguridad, tiene el derecho de presentar una queja ante el funcionario de privacidad de VNS Health. También puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de salud y servicios humanos de los EE. UU. (HHS). Le indicaremos la dirección a la que debe presentar su queja ante el HHS si lo solicita. No recibirá sanciones ni represalias de nuestra parte por presentar una queja.

Notificación de incumplimiento

Por ley, tenemos la obligación de notificarlo luego de descubrir que hubo una filtración de su PHI no asegurada, a menos que determinemos que hay una baja probabilidad de que la privacidad o seguridad de su PHI se haya visto comprometida. Se le notificará de manera oportuna, a más tardar sesenta (60) días después de haberse descubierto del incumplimiento, a menos que la ley estatal exija que se lo notifique antes.

Cambios a este aviso

Podemos cambiar los términos de este Aviso sobre prácticas de privacidad en cualquier momento. Si se cambian los términos de este Aviso, los nuevos términos se aplicarán a toda su PHI, ya sea creada o recibida por el OHCA de VNS Health antes o después de la fecha en que el Aviso se cambió. Cualquier actualización del Aviso estará disponible en vnshealth.org.

Preguntas

Si tiene alguna pregunta o comentario sobre nuestras prácticas de privacidad o este Aviso, o si desea una explicación más detallada sobre sus derechos de privacidad, comuníquese con el funcionario de privacidad de VNS Health a través de la información de contacto que aparece al final de este Aviso.

Información de contacto

Cuando se comunique con nosotros con respecto a este Aviso, nuestras prácticas de privacidad o sus derechos de privacidad o seguridad, comuníquese con el funcionario de privacidad de VNS Health a través de la siguiente información de contacto: VNS Health, 220 East 42nd Street, 6th Floor, New York, NY 10017; Attn: Funcionario de privacidad; teléfono: 800-675-0391; Correo electrónico: HIPAA@vnshealth.org

Fecha de entrada en vigencia: 11/01/2020

Última revisión: 7/12/2024

20-2010E (07.24)

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de VNS Health EasyCare, tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a su equipo de atención:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red de servicios.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red de servicios y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red de servicios.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se incluye información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada una apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención**Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica**

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los

documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, del asistente social, o puede conseguir uno en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Llenarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado directivas anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de directivas anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado directivas anticipadas y considera que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar una queja ante:

Medicaid de Nueva York
Office of the Commissioner
Empire State Plaza Corning Tower
Albany, NY 11237
1-800-541-2831

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja, y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le explica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?
--------------------	--

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.

Si considera que lo tratamos injustamente o que no se respetaron sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- **Puede llamar al equipo de atención.**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al equipo de atención**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
 - Puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al equipo de atención.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Consulte esta *Evidencia de Cobertura* para conocer lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1, se explica la coordinación de estos beneficios.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Dígalos a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden, dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, infórmele a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Usted debe pagar las primas de su plan.
 - Debe seguir pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos recetados.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto extra directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:
*Qué debe hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de
cobertura, apelaciones, quejas)*

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también denominado reclamos.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto para seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar la comprensión, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que usted sepa los términos legales correspondientes. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información correctas para su situación.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento para usted, tenemos la obligación de respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con atención al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento, encontrará los números de teléfono y los sitios web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos recetados de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). A los fines de simplificar las cosas, generalmente, hablamos de artículos médicos, servicios médicos y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza la decisión de cobertura y el proceso de apelaciones para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio referido nunca se cubre bajo ninguna condición. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si vamos a cubrir una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de casos de rechazo de una solicitud incluyen: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando el motivo y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos correctamente las normas. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

En limitadas circunstancias, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de casos de rechazo de una solicitud incluyen: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación se enviará automáticamente a una apelación de Nivel 2; una organización de revisión independiente que no esté conectada con nosotros se encargará de revisar dicha apelación.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para cuidado médico.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más en detalle en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando esté pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	--

Entre los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión, se encuentran los siguientes:

- Puede **llamarnos al Equipo de atención**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted**. Si su médico ayuda con una apelación superior al Nivel 2, se lo deberá designar como su representante. Llame a su equipo de atención y pida el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).

- Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o el profesional que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a su equipo de atención y pida el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar nuestra revisión o terminarla si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán su derecho a pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad, o a través de otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted cumple con los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?**

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada uno en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** de este capítulo: Medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]*).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a su equipo de atención. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios para atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento recetado de la Parte B. En esos casos,

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos recetados de la Parte B de las normas para los servicios y artículos médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3**
4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para cuidado hospitalario, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados paliativos, cuidados en un centro para enfermos terminales, o servicios en un CORF, debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales**

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **decisión acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar se toma, generalmente, en 14 días calendario o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida se toma, generalmente, en un plazo de 72 horas para servicios médicos o en un plazo de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Usted *solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos y no puede realizar solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió.
- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándar pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explica lo siguiente:
 - Que usaremos los plazos estándares.
 - Explica también que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Se le explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan tomar una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico, o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones estándares de cobertura, usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud **de un producto o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, **le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar la decisión.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para las decisiones rápidas de cobertura, usamos un plazo acelerado

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es por un servicio o artículo médico. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más tiempo que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar la decisión.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se presenta, generalmente, en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique el motivo por el que su apelación se presentó tarde cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si fuera necesario, recopilaremos más información, para lo cual posiblemente nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar la decisión.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo fijado (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en donde una Organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud es de un producto o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación**, le enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2**Término legal**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso**. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de recibida su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si solicita un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en **un plazo de 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o brindar el medicamento recetado de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de parte de la organización de revisión en el caso de **solicitudes estándar**. Para **las solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

(Esto se **denomina confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicará su decisión.
- Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para la atención médica alcanza un cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
- Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si desea consultar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

costo, por lo general en el plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos por la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Para las apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibida su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle o al proveedor el pago en el plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si la farmacia le dice que su receta no puede presentarse de la forma en que está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Nos solicita cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pedir que no aplique una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, autorización previa o el requisito de probar con otro medicamento primero). **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto a un nivel de costo compartido más alto **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pedir la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 5. No puede solicitar que hagamos una excepción al monto de costo compartido que le pediremos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitarnos una excepción en el monto de costo compartido que le pediremos que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior. Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido menor. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 (medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones
--------------------	--

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido inferiores no funcionen igual de bien para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Término legal**

Una decisión rápida de cobertura se denomina una **determinación acelerada de cobertura**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Debe pedir un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar que se le reembolse la decisión rápida de cobertura para un medicamento que ya compró).
- Si los plazos estándares pudieran poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si usted mismo nos pide la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explica lo siguiente:
 - Que usaremos los plazos estándares.
 - Se explica que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Se le indique cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas después de recibirlo.

Paso 2: Solicite una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web vnshealthplans.org/total-rx-forms. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifica la reclamación denegada que se está apelando.

Usted, o su médico, (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se le indica cómo puede darle permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo** donde se explican los motivos médicos para solicitar la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- Generalmente, debemos darle una respuesta en un **plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Generalmente, debemos darle una respuesta en un **plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que **brindarle la cobertura** que hemos aceptado brindarle en un **plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez que obtenga la cobertura para medicamentos que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama redeterminación .

Una apelación rápida también se llama una redeterminación acelerada .
--

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar se presenta, generalmente, en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida se presenta, generalmente, en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **Para las apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Para obtener apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711).** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de redeterminación modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web vnshealthplans.org/total-rx-forms. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos en el procesamiento de su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique el motivo por el que su apelación se presentó tarde cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero como máximo **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente.
- Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión en el plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una determinación **en riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su **archivo de caso. Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.** Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que usted todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.***Para apelaciones rápidas:***

- Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **parte o la totalidad** de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicará su decisión.
- Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando cumple un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si quiere continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo indicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos
--

En un plazo de dos días calendario después de haber ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social u

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a su Equipo de atención o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. En el aviso se le explica:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Usted o alguien que actúe en su nombre deberán firmar el aviso
- Firmar este aviso solo demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha de su alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Equipo de atención o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Si desea pedir que los servicios para pacientes hospitalizados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al equipo de atención. O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no más tarde de la fecha prevista del alta**.
 - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo**, contáctenos. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos correspondientes* a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos con usted le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso proporciona su fecha prevista del alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a su equipo de atención o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **la cobertura del plan para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo de tres servicios:</i> Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF)
--------------------	--

Cuando recibe servicios cubiertos **de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada, atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida**. Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Usted recibe un aviso por escrito**, al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le indica lo siguiente:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo presentar una apelación de vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
2. **A usted o a alguien que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de detener la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al equipo de atención. O bien, llame al Programa

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y solicite una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de la no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Póngase en contacto con su Organización para la mejora de la calidad.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para la cancelación de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación y usted también recibirá una **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.**

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención.**

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un CORF *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si quiere continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: un juez de derecho administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o puede no concluir*.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o puede no concluir*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o puede no concluir*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo seguir con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. En la respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: un juez de derecho administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o abogado mediador dentro de las **72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Consejo de Apelaciones **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.

- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

Sección 10.1 **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?**

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con su equipo de atención? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de atención médica? ¿O por el equipo de atención u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, u obtener un medicamento recetado.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le hemos dado un aviso obligatorio? • ¿Nuestro documento por escrito es difícil de comprender?

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos ha pedido una <i>decisión rápida de cobertura o una apelación rápida</i> y rechazamos su solicitud; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Cree que no hemos cumplido los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una queja también se denomina reclamo. • Presentar una queja también se denomina interponer un reclamo. • Usar el proceso para quejas también se denomina usar el proceso para interponer un reclamo. • Una queja rápida también se denomina reclamo acelerado.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja**Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a su equipo de atención.** Si hay algo que necesite hacer, su Equipo de atención se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.**
- VNS Health EasyCare investiga todas las quejas para comprender y corregir los problemas que usted identifica.
 - Debemos informarle de nuestra decisión sobre su reclamo con la rapidez que requiera su estado de salud, pero sin que transcurran más de 30 días desde la recepción de su queja.
 - **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
 - Podemos ampliar el plazo hasta 14 días calendario si usted solicita una ampliación o si se justifica la necesidad de información adicional y el retraso le conviene. En caso de que debamos ampliar el plazo, se lo notificaremos por escrito. **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con su equipo de atención de inmediato.**
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que quiere reclamar.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responde dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, detallaremos nuestras razones en la respuesta que le enviemos.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre VNS Health EasyCare directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en VNS Health EasyCare puede ser **voluntario** (su elección) o **involuntario** (no es usted quien lo decide):

- Podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación de su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que se nos exige que cancelemos su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos recetados y seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el **Período de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos recetados,
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.

- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetado de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	--

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3er mes de derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, puede realizar lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos recetados.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, los miembros de VNS Health EasyCare pueden ser elegibles para cancelar la membresía en el plan en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.

- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetado de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede realizar lo siguiente:

- **Llame a su equipo de atención.**
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y usted 2025)*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en VNS Health EasyCare se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Original Medicare <i>con</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Su inscripción en VNS Health EasyCare se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Original Medicare <i>sin</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con su equipo de atención si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en <i>VNS Health EasyCare</i> cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos y sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red de servicios para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o el pedido por correo para obtener sus medicamentos recetados.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).**

SECCIÓN 5 VNS Health EasyCare debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

VNS Health EasyCare debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al equipo de atención para averiguar si el lugar a donde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos ni residente legal de los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No

podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a su equipo de atención.

Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud
--------------------	---

VNS Health EasyCare no está autorizado a pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si considera que le están pidiendo que cancele su inscripción en nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas conforme a esta Ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame al Equipo de atención. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el equipo de atención puede ayudarle.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Los planes de salud de VNS Health cumplen con las leyes federales de derechos civiles. No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente por motivos de raza, religión, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o expresión de género.

Nuestros planes de salud le ofrecen lo siguiente:

- Recursos y servicios gratuitos para personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma materno no sea el inglés, tales como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llámenos al 1-866-783-1444. Para servicios de TTY, llame al 711.

Si usted cree que no le hemos brindado estos servicios o lo hemos tratado de manera diferente a causa de su raza, religión, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o expresión de género, puede presentar un reclamo de las siguientes maneras:

Correo:	VNS Health Health Plan Compliance 220 East 42nd Street, New York, NY 10017
Teléfono:	1-888-634-1558 (TTY: 711)
En persona:	Llame al número que figura arriba para programar una cita.
Fax:	646-459-7729.
Correo electrónico:	CivilRightsCoordinator@vnshealth.org
Web:	www.vnshealth.ethicspoint.com

Capítulo 11 Avisos legales

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de las siguientes maneras:

- Web: Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- Correo: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F,
HHH Building Washington, DC 20201
Los formularios de quejas están disponibles en
www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf
- Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

**SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del
pagador secundario de Medicare**

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), VNS Health EasyCare, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: (1) brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: aprobación con anticipación para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención médica en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

«Ayuda adicional»: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Área de servicios: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Ver “**Biosimilar intercambiable**”).

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, además de servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes externos que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como costo compartido por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), no un porcentaje.

Coseguro: monto que es posible que deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como costo compartido por los servicios o medicamentos recetados.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o los medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico, o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento recetado, tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento recetado.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costos compartidos anterior. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que paga de su bolsillo un miembro.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en una residencia de ancianos, centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, proporcionado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan los pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los productos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Doble elegibilidad Plan de necesidades especiales (D-SNP): D-SNP inscribe a personas que tienen derecho a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, que pierda al niño no nato), que pierda una extremidad o la función de una extremidad, o que pierda una función del cuerpo o quede gravemente incapacitado a causa de ello. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente.

Equipo de atención: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, reclamos y apelaciones.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generar el habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto del umbral de gasto de bolsillo.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de VNS Health EasyCare, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red de servicios.

Farmacia fuera de la red de servicios: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red de servicios no estarán cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del formulario y de beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio: es un beneficio que brinda un tratamiento especial para un miembro a quien se ha certificado médicamente que padece una enfermedad terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro para enfermos terminales y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización tiene lugar cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, y respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido de tiempo.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos, y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): es una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto de prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que entra a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período del 1 de enero al 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona se vuelve elegible para Medicare.

Período de inscripción anual: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o medicamentos, o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se aleja del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de convalecencia, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses, que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan al que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (assisted living facility, ALF) contratada, si fuera necesario para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4 (a) (1) (iv).

Plan de necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en residencias de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red de servicios. Generalmente, el costo compartido del miembro será superior cuando se reciben los beneficios del plan de los proveedores fuera de la red de servicios. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red de servicios y un límite más alto en los costos totales combinados que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red de servicios (preferido) como fuera de la red de servicios (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que residen de forma permanente o esperan residir de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (SNF), centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por los CMS que brinden servicios de atención médica a largo plazo similares cubiertos por la Parte A, la Parte B de Medicare o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los otros tipos de centros nombrados. Un Plan para necesidades especiales debe tener un contrato con el(los) centro(s) LTC en cuestión o ser dueño de estos.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de elegir estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos recetados) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas mayores) que combina servicios y apoyo médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): es el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las *brechas* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se llama producto de referencia.

Producto biológico: medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Ver también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Programa de descuentos para fabricantes: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de ciertos medicamentos.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos, incluidos, entre otros, las férulas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, coordinan y prestan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor o centro fuera de la red de servicios: un proveedor o centro que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red de servicios son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos, se incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo del proceso de apelaciones.

Reclamo: un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Esto no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como el cuidado de visión, dental o de audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Servicios cubiertos: el término que se utiliza en este documento para referirse a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata que no sea una emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si no es razonable dados su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con quienes el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los controles anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted está fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su condición médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Umbral de desembolso: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Equipo de atención de VNS Health EasyCare

Método	su equipo de atención: información de contacto
LLAME AL	1-866-783-1444 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - mar.), y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.) su Equipo de atención también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. – mar.), y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.)
ESCRIBA A	VNS Health Health Plans - Care Team 220 East 42nd Street New York, NY 10017
PÁGINA WEB	vnshealthplans.org

Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP)

El Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501
TTY	711
ESCRIBA A	Department for the Aging 2 Lafayette Street, 16th Floor New York, NY 10007-1392
PÁGINA WEB	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

VNS Health EasyCare

Equipo de atención

Llame al: 1-866-783-1444

Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - marzo.) y los días laborables, de 8 am - 8 pm (abr. - sept.). También ofrecemos servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.

TTY: Llame al servicio de retransmisión de Nueva York al número 711 y un operador lo conectará. Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - marzo.) y días laborables, de 8 am - 8 pm (abr. - sept.).

Escriba a: VNS Health Health Plans

220 East 42nd Street
New York, NY 10017

Página web: vnshealthplans.org

El Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP)

del estado de Nueva York es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Llame al: 1-800-701-0501

TTY: Llame al servicio de retransmisión de Nueva York al número 711 y un operador lo conectará. Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

Escriba a: Department for the Aging

Two Lafayette Street, 16th Floor
New York, NY 10007-1392

Página web: aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap



Declaración de Divulgación de la PRA. De acuerdo con la Ley de Reducción del Papeleo (PRA) de 1995, las personas no están obligadas a responder a una recopilación de información que no incluya un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051 Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.